

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 78

LES PYOMÉTRIES DANS LES UTÉRUS DOUBLES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 Février 1924

PAR

Marie-Félix-Élie AUDUBERT

né à TULLE (Corrèze) le 31 Octobre 1898

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur....	} <i>Président.</i>	
		PRINCETEAU, professeur....		
		DUVERGEY, agrégé.....		} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRERES
8, Rue de Cursol, 8

1924

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 78

LES PYOMÉTRIES DANS LES UTÉRUS DOUBLES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 Février 1924

PAR

Marie-Félix-Élie AUDUBERT

né à TULLE (Corrèze) le 31 Octobre 1898

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur....	{	Président.
		PRINCETEAU, professeur....		Juges.
		DUVERGEY, agrégé.....		
		JEANNENEY, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRERES
8. Rue de Cursol, 8

1924

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON

PROFESSEURS :

MM.	MM.		
Clinique médicale	VERGER.	Clinique ophtalmologique....	LAGRANGE.
id.	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile	DENUCE.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	et orthopédie	BEGOUIN.
id.	VILLAR.	Clinique gynécologique.....	MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique	CRUCHET.	Clinique médicale des mala-	DENIGES.
générales	RIVIERE.	dies des enfants	SIGALAS.
Clinique d'accouchements ..	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	LE DANTEC.
Anatomie pathologique et mi-	PICQUE.	Physique pharmaceutique ...	W.DUBREUIL.
croscopie clinique	G. DUBREUIL.	Médecine coloniale et clin.des	GUYOT.
Anatomie	PACHON.	maladies exotiques	ABADIE.
Anatomie générale et histolo-	AUCHE.	Clinique des maladies cuta-	MOURE.
gie	N.	nées et syphilitiques	BARTHE.
Physiologie	BERGONIE.	Pathologie externe et chirur-	SELLIER.
Hygiène	CHELLE.	gie opérat. et expérimentale	
Médecine légale et déontolog.	BEILLE.	Clinique des maladies nerveu-	
Physique biologique et cliniq.	DUPOUY.	ses et mentales	
d'électricité médicale	MANDOUL.	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	
Chimie	FERRE.	Toxicologie et hygiène appli-	
Botanique et matière médicale		quée	
Pharmacie		Hydrologie thérapeutique et	
Zoologie et parasitologie		climatologie	
Médecine expérimentale			

MM. PRINCETEAU (Anatomie — LABAT (Pharmacie)

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie).

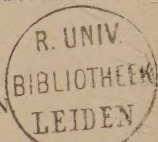
AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie....	VILLEMIN.	Médecine générale	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences na- turelles	R. SIGALAS	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	N...	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médic.	RECHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biolog. et médicale...	HERVIEUX.	id.	JEANNENEY.
Médecine générale	MAURIAC.	Obstétrique	PERY.
id.	LEURET.	id.	FAUGERE.
id.	DUPERIE.	Ophtalmologie	TEULIERES.
id.	GREYX.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
		Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire	CAVALIE	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire	N.	Chimie	N.
Accouchements	PÉRY	Pathologie interne	N.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie analytique	N.
Puériculture	ANDERODIAS.	Hygiène appliquée	N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			
Cours complémentaire annexe , — Prothèse et		rééducation professionnelle ..	
		MM. ROCHER.	
		GOURDON.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR A. AUDUBERT

Sa vie, faite de dévouement et de
conscience professionnelle, sera, pour
nous, le plus beau des exemples.

A MA MÈRE

Dont les conseils éclairés et l'abnéga-
tion de tous les instants nous ont per-
mis de mener nos études à bonne fin.
Qu'elle trouve ici un faible témoigna-
ge de notre éternelle reconnaissance.

A MON FRÈRE

Que ce modeste et fraternel hommage,
le remercie aujourd'hui de l'affection
sans mélange qu'il m'a toujours porté.

A MA COUSINE, MADAME J. DUVERGEY

Respectueux hommage de gratitude et
d'affection.

A MON COUSIN, LE DOCTEUR J. DUVERGEY

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURCIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui fut pour nous un second père et
le conseiller dévoué de notre jeunesse.
Qu'il veuille trouver ici l'expression de
toute notre émotion reconnaissante et
de notre respectueux attachement.

A TOUS CEUX QUI FURENT MES MAITRES

A TOUS CEUX QUI SONT MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Les Pyométries dans les Utérus doubles

C'est pour nous une agréable tâche, de remercier au début de ce travail les Maîtres éminents de la Faculté de médecine de Bordeaux, où nous avons passé la plus grande partie de notre vie d'étudiant.

Que MM. les Professeurs Arnozan, Bégouin, Pachon, Cabannes, les Docteurs Brindel et Rocaz, reçoivent l'expression de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Cassaët a guidé nos premiers pas dans la clinique médicale; son enseignement tout empreint de logique et du sens critique le plus pur nous sera toujours d'un grand appui; c'est pourquoi nous nous empressons de saisir cette occasion pour lui témoigner notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Chavannaz, dont nous avons eu l'avantage d'être l'élève, nous adressons nos plus vifs remerciements. Outre que nous aurons toujours présentes à l'esprit ses brillantes leçons de clinique chirurgicale, nous n'oublierons pas non plus l'accueil favorable qu'il nous a réservé et le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Les travaux scientifiques portant sur les malformations utérines en général et sur les affections pathologiques se développant à leur niveau, quoique très complets, n'ont pas mis en relief suffisamment l'une d'entre elles qui par sa gravité et les erreurs de diagnostic qu'elle peut entraîner, est intéressante à connaître au point de vue clinique. Nous voulons parler de la pyométrie.

En effet, après avoir pris connaissance d'une observation toute récente de pyométrie développée dans un utérus double et après nos recherches bibliographiques se rapportant à ce sujet nous avons été frappé par le petit nombre d'observations publiées et l'absence de tout travail d'ensemble sur ce chapitre de gynécologie.

La première observation a paru en 1833; puis en 1865, Von Hobst en a publié deux ou trois dont une seulement était décrite en détail. Les rares autres s'échelonnent sur les années suivantes et enfin la dernière portée à notre connaissance date de la fin de 1923.

L'idée nous est donc venue en présence de ces faits, de réunir quelques-unes de ces observations et de les étudier au point de vue de la pathogénie, de la symptomatologie et du traitement.

Nous ne prétendons pas, dans ce modeste travail, mettre au point d'une façon définitive, cette question délicate, mais seulement nous désirons montrer que le praticien doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'existence d'un utérus double pyométrique, affection qui prête sou-

vent à des erreurs ou des hésitations et que seul un examen gynécologique très approfondi pourra lui révéler.

Après avoir fait précéder cette étude d'un aperçu sur le développement des utérus doubles et les troubles menstruels dont ils peuvent être le siège, nous adopterons le plan suivant :

1. Etiologie et pathogénie des pyométries;
2. Anatomie pathologique et bactériologie;
3. Symptomatologie, complications;
4. Diagnostic;
5. Pronostic;
6. Traitement à propos duquel nous exposerons :
 - a) Les diverses interventions possibles;
 - b) Le traitement qui semble le plus rationnel.



Développement — Classification

On sait, surtout depuis les mémoires d'Ombrédanne et Martin en 1903 et de Picquand en 1910, que l'utérus et le vagin se forment aux dépens de la partie inférieure des canaux de Müller comprise dans le cordon génital. Ces canaux, d'abord séparés, se soudent, puis la cloison résultant de leur adossement se résorbe, de telle sorte qu'il ne reste plus qu'un seul canal qui devient le vagin et l'utérus.

Ces deux organes sont donc primitivement doubles. Si, par suite d'une anomalie, les canaux de Müller ne se réunissent pas, ou si leurs parois accolées ne se résorbent pas, l'utérus et le vagin restent doubles. Cette malformation pourra présenter plusieurs degrés et être accompagnée, surtout dans les cas d'utérus didelphes vrais, d'autres lésions congénitales : atrophie de la vessie, communication du vagin avec le rectum ou avec l'urèthre, etc.

W. Félix, dans son récent mémoire sur « les Malformations des canaux de Müller et de leurs dérivés » croit que ces malformations diffèrent selon qu'elles surviennent à tel ou tel stade du développement embryonnaire; les unes étant dues à un arrêt, les autres à un accroissement exagéré de ce développement. Aussi divise-t-il l'évolution des canaux de Müller en neuf stades, correspondant, chacun, à une malformation déterminée. Voici cette classification :

I. — A une première étape, le repli urogénital peut ne pas se développer; la conséquence en sera, l'absence du rein, de l'ovaire et du canal de Müller.

II. — Le repli urogénital étant formé, il se peut que les canaux de Müller ne se développent pas. Il en résultera une absence du vagin et de l'utérus.

III. — Si les segments intrapelviens ne se développent pas au point de se réunir, il se formera de chaque côté, un demi-utérus et un demi-vagin; habituellement une des moitiés se résorbe.

IV. — Il se peut que les gaines du tissu conjonctif qui soutiennent de chaque côté le canal de Müller se réunissent, formant un seul organe, tandis que les cylindres épithéliaux eux-mêmes gardent leur indépendance. Il se forme alors un utérus et un vagin, qui, ultérieurement ne présentent rien d'anormal et dont, cependant le revêtement épithélial forme de chaque côté un cylindre indépendant de celui qui lui est opposé.

V. — Cette phase correspond à la différenciation entre l'utérus et les trompes. Les malformations survenant à cette époque de la vie fœtale, consistent dans l'oblitération de la lumière de la trompe.

VI. — A cette étape, se développe le col de l'utérus, comme conséquence de la formation du dôme vaginal. Un arrêt survenant à cette époque aura pour conséquences, la formation d'un utérus sans col.

VII. — Ici se poursuit normalement le développement du fond de l'utérus par renflement et ascension de la partie médiane. C'est à ce moment qu'il peut se former si un trouble survient, l'utérus double, ou l'utérus double unicol.

VIII. — Développement des malformations de l'hymen.

IX. — Enfin à cette dernière étape, surviennent les anomalies dans le développement du système musculaire.

Aux stades qui vont du troisième au sixième mois de la grossesse correspondent donc la plupart des malformations utérines liées à la duplicité du canal génital. Ce sont elles qui, se compliquant le plus souvent de phénomènes de rétention, intéressent surtout le chirurgien.

Au cours d'une intervention, l'indépendance ou la fusion des corps et des cols peuvent créer certaines indications. C'est pourquoi comme Goullioud, nous adopterons la clas-

sification simple, mais claire, qu'Ombredanne a établi en se basant sur ces facteurs :

Corps indépendants (utérus doubles)	{	Cols indépendants	1 ^{er} type
		Cols accolés	2 ^e type
		Cols fusionnés	3 ^e type
Corps indépendants (utérus cloisonnés)	{	Corps accolés	{ Cols accolés 4 ^e type
			{ Cols fusionn. 5 ^e type
		Corps fusionnés	{ Cols fusionn. 7 ^e type
			{ Cols accolés 6 ^e type

Premier type. — Il est représenté par l'utérus didelphe. Nous sommes ici en présence de deux utérus nettement séparés, les cols y compris, si bien qu'il pourrait en imposer pour deux utérus unicorns juxtaposés. Comme l'a écrit Moiroud, « la disposition dans ce cas est presque toujours la même; on trouve de chaque côté du bassin, deux utérus unicorns pourvus chacun d'une trompe; non seulement ils ne présentent aucune connexion, mais encore, ils peuvent être fortement écartés et séparés l'un de l'autre, soit par des anses intestinales, soit par le pôle inférieur du rectum, soit par le rectum lui-même qui plus en avant que normalement adhère à la face postérieure de la vessie. »

Deuxième type. — Il s'agit de l'utérus bicornis bicollis d'Halban, ou de l'utérus pseudo-didelphe de Winckel et Goullioud.

Les deux utérus sont réunis seulement au niveau du col qui est lui-même double. Existence de deux museaux de touche et de deux cavités utérines indépendantes.

Troisième type. — C'est l'utérus bicornis unicollis.

Semblable au précédent, il n'en diffère que par la présence d'un col unique.

Quatrième type. — Ici les deux utérus sont réunis sur toute leur étendue et peuvent souvent en imposer, de par leur configuration extérieure pour un utérus normal. Ils

sont cependant séparés intérieurement par une cloison médiane. C'est l'utérus biloculaire.

Cinquième type. — Il s'agit ici d'une variété du type précédent, dans laquelle les cols fusionnés n'en forment plus qu'un. C'est l'utérus biloculaire septus.

Sixième type. — Représenté par l'utérus biloculaire cervical, dans lequel, seule, la cavité cervicale est divisée.

Nous laissons de côté le septième type, qui, représentant l'utérus normal, ne nous intéresse pas.

Par ce tableau schématique, on peut se rendre compte rapidement des diverses malformations utérines qui peuvent se présenter, et on verra par la suite qu'il n'est pas négligeable de les connaître, étant donné leur importance, tant au point de vue clinique qu'au point de vue opératoire.

La menstruation dans les Utérus doubles

Le fait dominant de l'établissement de la puberté chez la femme, est la congestion intense de l'utérus suivie de l'apparition du flux menstruel due à la rupture de la vésicule de Graaf et des vaisseaux de la muqueuse. Normalement ce flux a des caractères qui lui sont propres, caractères de qualité, de quantité, de périodicité et de durée, et qui troublés ou absents constituent une anomalie. Or la plupart de ceux qui se sont occupés de la question des utérus doubles au point de vue clinique, sont d'accord pour reconnaître à leur menstruation surtout une anomalie de périodicité et de durée. L'anomalie d'établissement soutenue par certains, a été combattue par bien d'autres et ceci en se basant sur les statistiques établies à ce sujet.

Duval dans sa statistique de 1905, note que sur 72 cas observés, les premières règles ont apparues :

1 fois à l'âge de	12 ans
7 — — —	13 ans
30 — — —	14 ans
32 — — —	15 ans
10 — — —	16 ans
2 — — —	17 ans

et il interprète ainsi ces faits :

« Sans doute ces chiffres ne sont pas assez considérables pour permettre d'établir une opinion définitive, mais ils sont suffisants cependant pour affirmer que les variations génitales n'ont aucune influence dans l'apparition des premières règles puisque dans la majorité des cas, c'est à 14 ou 15 ans qu'apparaissent les phénomènes normaux de menstruation. Cette menstruation peut ne pas s'établir en même temps dans

les deux utérus; le deuxième peut ne commencer à être réglé que plusieurs mois et parfois plusieurs années après le premier. Le fait s'observe surtout lorsqu'il existe un utérus atrophie; cet utérus généralement est réglé quelque temps après celui qui a atteint un développement normal.»

La statistique de Gross arrive à peu près aux mêmes résultats que la première et les mêmes conclusions en sont tirées par son auteur.

Il n'en est pas de même de l'anomalie de périodicité. Ici le système menstruel est troublé, et de façon différente, selon qu'il s'agit d'un utérus didelphe ou bicorne, ou bien qu'il s'agit d'un utérus avec corne rudimentaire. L'utérus double peut être considéré comme constitué par deux utérus accolés, par conséquent ayant chacun sa menstruation propre. Ils peuvent être réglés simultanément, comme ils peuvent l'être successivement, et ceci pour des raisons soit organiques (anomalies de développement de la muqueuse, atrésie), soit accidentelles (grossesse par exemple). Dans le cas de corne rudimentaire surajoutée, il y a menstruation rare et minime.

Constant Duval a écrit à ce sujet : « Ce qui frappe lorsqu'on lit les observations, c'est le grand nombre de cas dans lesquels les auteurs signalent l'irrégularité des périodes menstruelles. Dans le cas signalé par Andérodias, les premières règles apparues à 16 ans ont toujours été irrégulières. Dans celui d'Hirigoyen, la malade a été réglée à 13 ans pendant 2 mois. Disparition des règles jusqu'à 17 ans. A partir de cette époque, elles continuent peu abondantes tous les mois, durent 3 jours et sont très douloureuses. Cette interruption de règles est d'ailleurs un fait fréquent. Nous pourrions multiplier les exemples, mais nous croyons en avoir assez dit. Sur 162 cas d'utérus doubles pour lesquels la périodicité des règles a été étudiée, nous avons compté 65 cas où elles étaient irrégulières : soit 40 fois sur cent. On sait que dans les utérus normaux, l'irrégularité des règles n'a été notée par P. Dubois que 120 fois sur 480 femmes, soit 25 %. La différence est appréciable. »

Il faut adjoindre à ces faits, la dysménorrhée, très fréquente, la diminution du flux et sa prolongation, ce qui paraîtrait indiquer l'existence d'un trouble physiologique des fonctions d'ovulation, ou comme il a été dit plus haut, l'existence d'une succession de menstruation dans les deux utérus. (Von Engel, Prévost).

L'aménorrhée peut aussi exister soit au niveau d'un utérus soit au niveau des deux. Ajoutons que les malades dont nous donnons les observations comme celles dont nous avons pu lire le curriculum pathologique, présentaient les mêmes troubles. Lorsqu'on saura enfin que dans les utérus doubles l'atrésie, au moins partielle est presque toujours la règle, que les annexes elles-mêmes ont souvent subi des lésions embryonnaires, on admettra facilement que ces troubles menstruels soient fréquent et fassent pour ainsi dire partie intégrante de la malformation elle-même.



ÉTIOLOGIE - PATHOGÉNIE

I. Étiologie

Parmi les causes pouvant produire les rétentions utérines d'où découle directement la pyométrie, nous distinguerons : l'atrésie, la sténose, les vices de position de l'utérus et les états pathologiques surajoutés.

L'atrésie. — Etymologiquement parlant, ce terme implique l'idée d'une imperforation, mais dans la pratique courante il s'applique aussi bien aux rétrécissements, si bien que pour ne pas prêter à confusion, nous lui laisserons le sens qu'on lui a attribué, nous réservant d'employer le terme d'imperforation toutes les fois qu'il s'agira d'absence congénitale d'un orifice normal quelconque.

Cette atrésie peut siéger sur toute la longueur des voies utéro-vaginales, avec prédominance au niveau du col de l'utérus et du vagin.

Rare du côté de l'hymen, elle est le plus souvent remplacée par une imperforation de cette membrane. Du côté du vagin, elle peut faire place à une absence complète ou à un développement rudimentaire de cet organe, voire même à l'imperforation d'un des deux vagins lorsqu'il y a duplicité de ce canal (vagin borgne latéral).

Du côté de l'utérus, elle siège au niveau du col. Il est rare d'ailleurs de la trouver au niveau des deux utérus, dans la majorité des cas, elle laisse l'un d'entre eux complètement indemne.

Elle peut enfin être soit congénitale, soit acquise.

Congénitale, elle serait due pour certains, et parmi eux Küssmaul, à une compression du canal de Müller, suivie de rétrécissement au niveau de cette compression. Pour Schroëder ce serait à un processus inflammatoire survenu chez le fœtus qu'il faudrait la rapporter. Pour d'autres, elle ferait partie intégrante de la malformation même. Squarey enfin et Horatio Yates ont voulu faire intervenir l'hérédité dans cette question en se basant sur des cas d'aménorrhée familiale.

Acquise, elle relève de presque toutes les causes qui la font naître au niveau d'un canal génital normalement conformé. C'était du moins l'hypothèse qu'émettait Moiroud en 1912, hypothèse au reste bien fondée puisque Freund et Pozzi l'ont confirmée par des observations personnelles.

Nous pouvons citer tout d'abord, parmi les causes qui la produisent : les états pathologiques survenus au niveau du col après certains accouchements.

En effet, nul n'ignore que la gravidité des utérus doubles est un fait devenu classique, les très nombreuses publications faites à ce sujet ne laissant subsister aucun doute. Généralement, la grossesse se développe dans l'un des deux utérus, l'autre restant normal ; mais il peut arriver, comme l'a constaté Wiener, que ce dernier soit en même temps le siège d'une lésion, métrite par exemple. Par conséquent ici, comme dans les utérus normaux, tous les accidents obstétricaux du col pourront produire l'atrésie dans un délai plus ou moins rapproché.

Jayle, dans son mémoire de 1907, divise les atrésies post-partum en deux grandes classes :

- 1° Celles qui dépendent d'une dilatation du col ;
- 2° Celles qui n'en dépendent pas.

« Dans le premier cas, l'orifice cervical est englobé dans des tractus fibreux dus à une cicatrisation exhubérante, qui le resserrent et le font disparaître. Dans le second cas, le col est induré, conique, il semble œdématié ; il est muni d'un tout petit orifice, situé au fond d'une dépression, et

entouré de vaisseaux rougeâtres disposés en rayons. Le cathétérisme ne peut en être fait qu'avec un très fin stylet. »

Nous verrons plus loin, l'influence que peuvent avoir les grossesses dans les utérus doubles, au point de vue pathogénique.

Les cautérisations du col, soit ignées, soit par caustiques forts; les amputations ont été aussi, souvent signalées comme causes de l'atrésie; de même les diverses sortes d'ulcérations qui peuvent siéger à ce niveau.

Elle peut enfin être due à une endométrite et même à l'hématométrie. Dans ce dernier cas, elle constituerait plutôt une aggravation d'une atrésie existant déjà. En effet, on peut admettre l'existence d'une atrésie congénitale assez lâche pour ne pas constituer un obstacle infranchissable à la vidange utérine, mais plutôt une gêne peu prononcée qui, retenant le sang menstruel ou le mucus utérin de temps en temps, lui permet de s'accumuler suffisamment pour produire des phénomènes douloureux. Le retentum ainsi constitué peut alors sortir en masse de par son propre poids, constituant ainsi une hématométrie alternante. Ce défaut d'écoulement régulier du sang menstruel, cette insuffisance de drainage de la cavité utérine, entraînent peu à peu l'irritation de la muqueuse. C'est cette irritation qui, se traduisant par une inflammation, donne naissance à des brides ou à des tissus qui obstruent l'orifice du col par leur prolifération, d'où transformation de l'hématométrie ouverte en hématométrie fermée.

2. *La sténose.* — Qu'elle soit congénitale ou acquise, et cela pour les mêmes raisons que l'atrésie, elle joue dans l'étiologie des rétentions un rôle assez considérable.

Le col normal a 4 m/m de diamètre, au niveau de son orifice; lorsqu'il est sténosé il peut se présenter à un extrême degré d'étroitesse avec deux formes bien différentes.

Tantôt il fait une saillie insignifiante dans le vagin sous forme d'un petit mamelon jusqu'au niveau des culs-de-sac vaginaux et son orifice est alors punctiforme et entouré

d'une bordure souple; tantôt il est conoïde, long de trois à cinq centimètres, parfois de huit à dix et affleurant jusqu'à l'orifice vaginal inférieur. Le conduit cervical est étroit, à parois fibreuses, dures et très difficiles à dilater. Son diamètre réduit à un millimètre environ ne permet l'introduction que d'un très fin stylet.

On conçoit facilement que dans ce cas, comme lorsqu'il y a imperforation ou atrésie, la rétention puisse se produire sans aucune difficulté.

3. *Les vices de position de l'utérus.* — Et parmi eux l'anteflexion, doivent aussi entrer en ligne de compte. On a pu, en effet, les rencontrer au niveau d'utérus doubles où ils avaient provoqué une hématométrie; qu'il nous suffise à ce propos de mentionner ici un cas intéressant rapporté par Vautrin, et dans lequel, un utérus bicorne antéfléchi avait dû être extirpé, après avoir occasionné de fortes crises dysménorrhéiques et une petite hématométrie.

Les phénomènes de rétention peuvent tenir encore à d'autres facteurs, qui, très importants en ce qui concerne l'utérus normal, passent ici au second plan, étant donné la fréquence de l'atrésie congénitale. Nous voulons parler du fibrome cervical et du cancer soit du corps, soit du col de l'utérus.

4. *Le fibrome cervical.* — Une intervention faite par Pouchet en 1903 sur un utérus double fibromateux avait révélé la possibilité de l'existence de cette lésion sur un tel utérus; ce fait fut corroboré par Pollosson qui publia le cas d'un utérus fibromateux dans sa portion droite; puis ce fut Foiry qui en 1907, intervint sur un utérus double atteint de fibromes sous-péritonéaux. Enfin, il y a quelques années seulement, Chomé a eu l'occasion d'extirper un utérus double porteur de fibromes cervicaux. Pick, plus heureux, a pu en relever 19 cas.

Dans aucun de ces cas il n'y avait eu rétention.

Mais en revanche on peut affirmer que ce fait peut se produire au niveau d'utérus normaux, témoin le cas de

Potherat, dans lequel un fibrome cervical avait déterminé une pyométrie. Il est donc permis d'envisager cette possibilité au niveau des utérus doubles.

5. *Le cancer utérin.* — Siégeant soit au niveau du corps, soit au niveau du col, il peut, arrivé à un certain degré, obstruer la lumière du canal cervical et entraîner comme complication la constitution d'une pyométrie. M. le Professeur Bégouin, Lomon, Chomé, Amam et d'autres, en ont publié de très nombreux exemples. Malheureusement toutes ces observations portent uniquement sur l'utérus normal.

Il paraît cependant plausible d'admettre une semblable éventualité au niveau de l'utérus double, d'abord parce qu'un certain nombre d'observations nous ont révélé l'existence de cette affection cancéreuse au niveau du col (Jaboulay) ou du corps (Czerwenska, Pick), de ces utérus, qu'une autre observation de Jaboulay nous a signalé la présence concomitante d'une hydrométrie, et qu'enfin le cas quoique discutable, publié par Mintrop et rapporté ici, nous a montré la possibilité d'une telle complication.

Si le cancer siège au niveau du corps, il peut se présenter sous deux types différents : le cancer épithélial et le sarcome diffus.

Le cancer épithélial, pour obstruer le canal cervical, doit siéger vers le segment inférieur de l'utérus. Les villosités qu'il produit s'engagent à travers l'orifice interne, s'y pressent, forment un bouchon ou un feutrage, qui obstrue presque en totalité la communication de l'utérus et du vagin. S'il y a métrite surajoutée, les villosités sont pressées plus fortement, la compression est plus exacte et la perméabilité cervicale est ainsi supprimée.

Si la femme est ménopausée, le rétentum est formé par le sang venant des bourgeons épithéliaux qui se rompent au moindre traumatisme en laissant certains vaisseaux embryonnaires rompus. Son volume, petit, varie de 50 à 100 cc.

S'il s'agit d'un sarcome diffus, le processus d'obstruction diffère. Après avoir recouvert d'une lame continue la face

interne de l'utérus, il arrive à l'orifice interne du col sur lequel il avance peu à peu, formant diaphragme, dont l'orifice central se rétrécit peu à peu. Lorsque ce sarcome débute à la partie inférieure de l'utérus, le pont jeté sur l'orifice cervical est rapidement complet. Si le début a lieu dans le fond, il faudra qu'il acquière un certain développement pour arriver à obstruer la lumière cervicale. D'où pyométrie plus tardive, mais aussi plus volumineuse. On a pu en rencontrer allant de 1 à 10 litres.

Dans le cas de cancer du col on assiste à un véritable encerclement du canal cervical par la tumeur. Celle-ci, en effet, progressant dans tous les sens, envoie des bourgeons dans ce canal et l'obstrue sur tout son pourtour et souvent sur toute sa longueur.

Ainsi constituée pour l'une des raisons ci-dessus mentionnées, l'occlusion de la cavité utérine entraînera *ipso facto* la rétention du flux menstruel et du mucus cervical.

Si ce dernier prédomine, nous serons en présence d'une hydrométrie, vite développée, grâce à l'hypersécrétion glandulaire due à cette hydrométrie même. Si le sang menstruel est en rétention, c'est une hématométrie qui se formera. Moiraud, qui l'a fort bien étudiée dans sa thèse de 1913, nous en donne la description suivante :

« Au-dessus de l'atrésie qui siège presque toujours à l'orifice externe du col, l'utérus se distend en une poche, de volume et de consistance variables, suivant l'ancienneté de la lésion. Si l'orifice externe est atrésié, l'organe se transforme en une poche où, corps et col dilatés, communiquent entre eux; si l'orifice interne ne se laisse pas vaincre par la pression du sang, venue de bas en haut, c'est le col qui se distend. En effet, un facteur dont il faut tenir compte dans la formation de l'hématométrie, c'est la différence de musculature entre le col et le corps. Sur le corps, il est classique de décrire trois couches de fibres musculaires lisses; sur le col, la couche moyenne a disparue, d'où : différence d'épaisseur, différence de force dans les contractions, différence de résistance aux pressions intérieures. »

Le sang chassé de haut en bas, vient s'accumuler dans la partie la plus déclive de la cavité cervicale et constitue d'abord un hématomètre cervical, qui se transforme en hématomètre total de la façon suivante : « Une poussée d'abord mensuelle, plus tard continue est exercée par le sang de cet hématomètre contre la résistance de l'orifice interne et des fibres musculaires du corps. Que ces fibres mises en contracture réflexe ne résistent plus à la poussée, le sang viendra refluer vers la cavité carporéale, la distendra, et celle-ci participera à son tour à la constitution de l'hématomètre. »

Il se forme donc deux hématométries différentes : l'une, totale, occupant tout l'utérus, l'autre, cervicale, lorsque l'orifice interne reste infranchissable. On peut ajouter l'hématométrie intermittente ou alternante, due à des irrégularités dans la résistance de l'obstacle.

Il ajoute plus loin : « Lorsqu'il s'agit d'un utérus franchement double, la configuration de la tumeur varie suivant la configuration de l'orifice interne du col. S'il est distendu, le corps et le col se transforment en une poche d'épaisseur variable. Quelquefois, corps et col sont confondus et il n'existe qu'une cavité. D'autres fois, il se forme deux poches communiquant par un orifice étroit, présentant une série de plis longitudinaux, indice de la résistance de la paroi à ce niveau. Ce sont les cas d'hématomètre total. La poche supérieure est recouverte par le péritoine et à son niveau se réfléchit la séreuse. Elle évolue vers l'abdomen. La poche inférieure est extrapéritonéale et se développe entre les deux feuillets du ligament large et proémine vers le vagin. »

Seule, la plupart des cas, cette hématométrie peut quelquefois être accompagnée d'hématosalpinx, ou d'hématocolpos, lorsqu'il y a atrésie de l'hymen ou de la portion externe du vagin, car l'obstacle siégeant ainsi à la partie inférieure des voies génitales, permet au sang de s'accumuler tout le long de celles-ci et de refluer jusqu'aux trompes.

II. Pathogénie

D'après ce que nous connaissons des processus infectieux au niveau de l'utérus et d'après les quelques observations par nous recueillies, il semble qu'on puisse attribuer la transformation purulente du retentum à plusieurs causes :

1. *Les ponctions septiques.* — Cette cause de contamination à peu près disparue, depuis que cette intervention est tombée en désuétude, avait une très grosse importance il y a une trentaine d'années, quand la ponction était un des rares procédés mis à la portée du chirurgien pour intervenir sur les hématométries. Aussi les transformations du rétentum sanguin en rétentum purulent ont pu être observées quelquefois, témoin l'observation de Freund et Güsserow qui, en 1880, avaient ainsi transformé une hématométrie en pyométrie.

Hernu a signalé cette complication des ponctions, mais n'ayant pas assez de faits à l'appui, il s'est surtout attaché à faire ressortir, dans un tableau synoptique, les accidents graves et souvent mortels que la ponction pouvait entraîner. En ce qui nous concerne, nous avons pu trouver dans la littérature un exemple de formation de pyométrie consécutive à une ponction; c'est l'observation de Potherat, rapportée plus loin, et dans laquelle une femme atteinte d'hématométrie due à une imperforation de l'hymen, présenta peu de jours après la ponction, une élévation de température et des pertes purulentes sortant par l'orifice laissé par le trocart.

2. *Les incisions.* — Employées encore à l'heure actuelle dans certains cas d'hématométrie, elles offrent le même danger que la ponction, surtout si c'est une petite incision qui a

été pratiquée. En effet, au danger d'infection opératoire, si l'asepsie n'est pas parfaite, se joint le danger de fermeture précoce de la poche sanguine, emprisonnant dans son sein tous les germes infectieux au contact desquels elle a pu momentanément se trouver.

3. *Les ruptures de la poche sanguine.* — Signalées par de nombreux auteurs, elles semblent être assez fréquentes. Elles sont dues à une distension excessive des parois de la poche ou à la destruction de cette paroi par gangrène. Cet accident s'observe principalement en cas d'imperforation de l'hymen, d'atrésie du col par perforation de la membrane obturatrice et enfin par perforation de la cloison qui sépare les deux moitiés de l'utérus.

Si l'étendue de la rupture est minime, il peut arriver, comme dans le cas des incisions, que la poche se referme et que les accidents infectieux se développent.

4. *La voie canaliculaire ascendante.* — Il semble qu'à côté de cette infection directe, mitigée d'infection ascendante, il faille admettre la possibilité d'une infection de muqueuse à muqueuse, lorsqu'il y a atrésie et non imperforation, surtout depuis les travaux de Brandt et Hallé sur la constitution de la flore microbienne génitale et les expériences de Das Santos sur les propagations de l'infection microbienne au niveau de ces organes. D'après ces auteurs, les voies génitales supérieures : corps de l'utérus et trompes ne contiennent pas de microbes, alors qu'on en trouve de grandes quantités dans le canal vagino-cervical.

Au niveau du vagin, les agents pathogènes nombreux semblent être atténués considérablement, sans doute grâce à l'acidité habituelle du vagin, mais peuvent reprendre leur virulence si les sécrétions de cette cavité deviennent alcalines ou neutres.

Ces agents sont, pour la plupart, des sarcines, blanches ou jaunes, des levures, des colibacilles, le bacille de Doederlein, des staphylocoques blancs, dorés ou citrins et quelquefois le streptocoque.

Quoiqu'en ait pensé Strogonoff, le col, lui aussi contient des microbes. Winter, dans des examens portant sur 10 femmes, en a toujours trouvé à ce niveau. Cette flore est identique à celle du vagin.

Les expériences de Hallé portant sur le corps utérin, ont été confirmées par Winter. Sur 30 utérus examinés par lui, 20 ne contenaient pas de germes au fond. Au voisinage de l'orifice, 6 fois il ne trouva rien et 7 fois il trouva des organismes purulents. Dans 4 de ces derniers cas, le corps de l'utérus était stérile. Péraire enfin, partage cet avis. Il est aisé de comprendre de cette manière, que ces agents microbiens du vagin et du col pourront par simple progression, suivant la voie muqueuse, arriver au niveau du rétentum.

Si le gonocoque s'est joint à ces saprophytes déjà existants, l'attaque est plus brusquée encore, puisque ce microbe virulent par lui-même n'a pas besoin d'une affection intercurrente pour aider à son action. La voie canaliculaire ascendante qu'il emprunte presque toujours pour déterminer au niveau des organes génitaux normaux, les métrites ou les salpingites, lui sert ici aussi de voie d'accès, et l'on peut dire que c'est à lui que dans la majorité des cas il faut reporter la cause de l'infection des hématométries, quand la malade n'est pas vierge.

5. *La rétention aux infections sanguines.* — Les agents microbiens charriés par le torrent circulatoire peuvent, pour une raison quelconque, et à un moment donné, se fixer, se localiser dans une région déterminée de l'organisme.

Généralement c'est au niveau d'un organe malade ou en état de moindre résistance, qu'ils se fixent et agissent : ainsi le pneumocoque au niveau du poumon, le gonocoque au niveau de certaines articulations, le spirochète, le bacille d'Eberth et tant d'autres, sans oublier tous les agents habituels des grandes lésions septicémiques.

Or l'utérus, siège d'une hématométrie, se trouve de ce fait en état de moindre résistance; sous l'action inflammatoire et destructive du rétentum, il présente ce que les auteurs al-

lemands ont désigné sous le nom de *locus minor resistenciæ*, véritable lieu d'appel des agents microbiens, à telle enseigne que nous pouvons admettre le transport à ce niveau de germes pathogènes par la voie sanguine. Nos recherches semblent confirmer en partie cette hypothèse.

En effet Gottschalk et Garnberg citent chacun un cas de paramétrite suppurée au cours de l'influenza et enfin, fait qui nous intéresse de plus près, Mlle Van Tussenbroeck a publié en 1906, le cas d'une pyométrie développée dans la corne utérine rudimentaire d'une jeune fille, lors d'une atteinte de grippe.

Il se peut que d'autres agents véhiculés par la voie sanguine aient produit des pyométries, mais nous n'en avons pas eu connaissance.

6. *Les adhérences.* — On sait que très souvent les lésions génitales, et en particulier celles de la femme, sont liées à des troubles intestinaux, la constipation par exemple, qui quelquefois peuvent faire place à des lésions sérieuses, telles les différentes sortes d'appendicites ou de typhlites. Il est plausible d'admettre ici, de la part de l'hématométrie, une compression intestinale analogue à celle produite par une grossesse ou une déviation utérine et entraînant fatalement la coprostase.

Le séjour prolongé des matières au niveau du cæcum et du colon ascendant, augmente considérablement la flore microbienne intestinale et sa virulence; de là inflammation de l'intestin, formations d'adhérences avec les organes génitaux enflammés eux aussi et propagation des germes par leur intermédiaire.

L'action sera plus rapide et plus intense s'il y a appendicite aiguë ou suppurée.

Pozzi considère que les adhérences des trompes à l'intestin constituent une des grandes causes des annexites, par migration du colibacille d'une cavité dans l'autre. De plus, les expériences de Das Santos sur la lapine, ont montré qu'une annexe utérine et un corps utérin en contact avec

un milieu inflammatoire ou septique, étaient capables de se contaminer et de transmettre cette infection à l'annexe opposée par voie lymphatique. Si bien qu'on peut voir, par exemple, une trompe malade d'utérus non atrésié, transmettre à celle d'un utérus hématométrique l'infection qu'elle a acquise. Il en sera de même, si la trompe au lieu d'adhérer aux intestins, adhère au vagin, comme on l'a constaté quelques fois.

Est-il permis de croire ou de penser qu'une lésion annexielle peut réagir par voie descendante sur l'utérus ?

Si on se rapporte aux expériences de Das Santos on peut conclure par l'affirmative; en effet, à la suite d'injections microbiennes de colibacille et surtout d'agents de la putréfaction dans des annexes de lapines, il a presque toujours constaté que les lésions développées à ce niveau étaient accompagnées de lésions utérines avec présence de ces mêmes microbes.

A côté de toutes ces causes d'infection, nous placerons à titre documentaire et purement hypothétique, les ruptures d'hématométries par manœuvres abortives chez des femmes atteintes de cette affection et se croyant enceintes. Aucune observation n'étant venue à l'appui de cette supposition, nous n'insisterons pas davantage.

On peut donc admettre que l'apport microbien se fait par quatre voies principales :

Voie directe;

Voie canaliculaire ascendante;

Voie sanguine;

Voie lymphatique,

et que des lésions annexielles, intestinales ou autres, à la pyométrie il n'y ait qu'un pas, surtout si ce pas à franchir est facilité, comme c'est ici le cas, par un utérus prédisposé et difficiant.



Anatomie Pathologique et Bactériologie

L'utérus est toujours lésé par la pyométrie, et les annexes, quoique moins souvent atteintes, ne sont pas toujours indemnes. De plus, les lésions pathologiques peuvent s'étendre bien plus loin et intéresser même le petit bassin et le péritoine pelvien. En temps que muscle, l'utérus ne subit pas de lésions très profondes. En effet, si macroscopiquement il apparaît distendu — ce qui pourrait en imposer pour un relâchement de la masse musculaire — microscopiquement on voit que ses fibres musculaires sont condensées et hypertrophiées — hypertrophie réactionnelle pense Mouroud — et qui permet à l'utérus de se défendre contre le produit de rétention. Ce dernier se comportant d'ailleurs en véritable corps étranger, excite la paroi qui répond par des contractions douloureuses. La succession de ces contractions entraîne l'hypertrophie des fibres.

En ce qui concerne les autres tissus utérins, voici ce qui ressort des rares travaux publiées à leur sujet :

La muqueuse pouvant être atteinte à différents degrés, présente les lésions suivantes :

A un premier stade, elle conserve en grande partie sa structure, seul le chorion muqueux est épaissi et infiltré (Nadal et Drouin ⁽¹⁾).

A un deuxième stade, elle est exulcérée, enduite d'une

(1) Nadal et Drouin : Soc. obst. et gyn., 1914.

épaisse couche de pus; ou-dessous d'elle existe un véritable tissu de bourgeons charnus formés de capillaires sanguins et de lymphatiques très dilatés (Lomon ⁽¹⁾).

L'ensemble des lésions de la métrite interstitielle, comme l'a dit Limnell ⁽²⁾ peut constituer un troisième degré.

La quatrième phase est constituée par une hypertrophie des parois qui sont tapissées d'une membrane pyogénique (Duncan ⁽³⁾), tandis que plus tard il peut s'y ajouter une dissémination d'excroissantes muqueuses (Otto Küstner).

Léa ⁽⁴⁾ a pu dans un cas constater une prolifération glandulaire considérable.

Enfin quand les lésions sont profondes, on peut assister à certains endroits à une véritable fonte purulente et mise à nu du muscle, faisant place en d'autres endroits à une simple réaction inflammatoire, comme l'a constaté M. le Professeur Bégouin, en 1907.

Si la pyométrie est due à un cancer, on trouve au microscope, d'après Chomé, trois sortes de lésions :

Des lésions cancéreuses;

Une prolifération du système glandulaire;

Des formations de placards à cellules claires.

Au niveau du col et dans son épaisseur on peut trouver de minuscules fibromes, la muqueuse est souvent détruite en grande partie et les glandes cervicales ont presque toujours disparu.

Au niveau du corps, la muqueuse utérine a subi une prolifération considérable, qui s'est faite surtout en surface. Au niveau des espaces que ces végétations laissent entre elles, « la muqueuse a disparu par endroits; à d'autres, elle est représentée par une assise de cellules cubiques reposant sur un chorion infiltré. A certains endroits, mais rares, on

(1) Lomon : Thèse Paris, 1907.

(2) Limnell : Gyn. Rundschau, 1907.

(3) Duncan : Obst. Soc. of London, 1897.

(4) Léa : Gaz. Gynéc., avril 1907.

trouve des nids de cellules cancéreuses qui, d'ailleurs, semblent indépendantes de l'hyperplasie glandulaire ».

Un troisième genre de lésion, tout superficiel d'ailleurs, s'adjoint aux deux premiers. Il est formé par des amas de cellules claires et grandes, arrondies, polyédriques et juxtaposées; elles s'étendent en placards sur la muqueuse et sont entourées de capillaires.

Avec Ruge nous dirons donc que trois grandes sortes de lésions sont à envisager dans la pyométrie, au niveau de l'utérus :

I. Des lésions glandulaires formées par l'hyperplasie des glandes utérines (fongosités de Récamier, endométrite hyperplasique d'Olshausen).

II. Des lésions interstitielles prédominant surtout au niveau du chorion, avec atrophie plus ou moins prononcée des glandes.

III. Des lésions mixtes formées par la réunion des deux premières.

Le processus pathologique passe par ces différents stades, qui constituent les uns la phase initiale, les autres des phases plus avancées. Constatons d'ailleurs avec Lomon que certaines de ces lésions ne sont pas pathognomoniques de la pyométrie et qu'on peut les rencontrer dans certaines endométrites, notamment l'endométrite sénile.

Les annexes aussi peuvent être malades et cela à différents degrés. Des lésions peu profondes sont constatées à leur niveau quand elles ont été les premières atteintes et que c'est à partir d'elles que l'infection s'est propagée à l'utérus. On trouve assez fréquemment des lésions de salpingite catarrhale, vieilles lésions, montrant que les annexes ont été atteintes bien avant l'utérus, ou des lésions récentes lorsqu'il y a salpingite surajoutée à la pyométrie.

S'il y a pyosalpynx concomitant, toutes les lésions inflammatoires associées aux réactions putrides s'y trouvent réunies. La muqueuse des trompes surtout atteinte, présente des plis couverts de bourgeons néoformés; ces bourgeons

ont une structure cellulo-vasculaire infiltrée de cellules embryonnaires, et des cellules épithéliales cylindriques les recouvrent en certains endroits. Existence d'une hyperplasie des éléments de la tunique fibro-musculaire.

Si la salpingite est aiguë, elle peut, comme il a été dit plus haut, se transformer en pyosalpinx, avec formation de pus crémeux, inflammation intense de la trompe; la muqueuse est tomenteuse, grisâtre, et présente des bourgeons anastomosés. Dans certains cas on a pu observer une véritable nécrose de la paroi de la trompe. L'ovaire, quoique moins souvent touché, n'est pas toujours indemne, et on a pu voir des lésions d'ovarite dues à des agents pathogènes, véhiculés sans doute par la voie lymphatique utéro-annexielle.

De son côté, le péritoine subit des modifications. Soit par suite d'inflammations lentes et successives, soit à la suite d'un épanchement du rétentum, il réagit en présentant la plupart des signes histologiques habituels de la pelvi-péritonite. Dans le cas rapporté par Arning, la malade avait présenté assez rapidement des symptômes de péritonite. Si le péritoine est atteint par suite d'une lésion des annexes, c'est par la voie directe qu'est transmis l'agent pathogène; si les annexes sont saines, c'est alors à l'infection utérine qu'il faut attribuer ces accidents.

Pour J.-L. Faure, la voie lymphatique serait empruntée par le streptocoque, tandis que le gonocoque suivrait la voie muqueuse.

Enfin par participation à un travail phlegmasique lent, des adhérences peuvent être contractées avec les organes voisins. Elles sont dues à l'irritation des tissus par la propagation de l'infection.

Les annexes gauches peuvent adhérer à l'anse oméga et au colon pelvien; celles de droite à l'appendice ou au cœcum. L'intestin qui repose normalement sur les annexes peut contracter aussi des adhérences. La vessie, dans certains cas, est intéressée. L'utérus peut, de son côté,

adhérer aux organes voisins par des brides, de solidité et épaisseur variables, suivant l'intensité ou l'ancienneté de la lésion; c'est ainsi que dans notre observation n° VII la partie inférieure du col dut être laissée en place par suite des adhérences intimes qu'il avait contractées.

Au point de vue bactériologique, la formation du pus semble due à des microbes différents. Les quelques recherches faites à ce sujet sont intéressantes à connaître. M. le Professeur Bégouin a trouvé du colibacille et des anaérobies indéterminées lors d'un examen microscopique; Godard, des bâtonnets décolorés par le Gram; Goullioud, du staphylocoque doré; Linnell, du streptocoque très virulent et du colibacille. Quant à Léa, ses cultures sont restées stériles dans les quatre cas qu'il a observés. Le fait que ces cultures sont restées stériles ne prouve pas qu'il n'y a pas eu infection microbienne, mais seulement que les microbes sont morts, fait couramment constaté au niveau des vieilles collections purulentes. C'est ainsi, par exemple, que Legrain rapporte dans la *Revue de Tocologie*, le cas d'un kyste de l'ovaire devenu purulent à la suite d'une ponction septique, et stérile au point de vue microbien.

Ajoutons enfin qu'aucun auteur n'a signalé dans le pus de la cavité utérine, la présence du gonocoque. D'après les études microbiologiques de Witte sur le pyosalpinx, il semblerait qu'on doive attribuer uniquement ces résultats négatifs au hasard. En effet, cet auteur, dans 39 cas de pyosalpinx eut 24 résultats positifs parmi lesquels il a trouvé 7 fois le gonocoque. Dans un cas il a trouvé du gonocoque et du streptococcus longus conglomeratus, et dans un autre il y avait du staphylocoque surajouté. A l'exception de ces 7 cas où la présence du gonocoque fut mise en évidence, l'anamnèse rendit suspects 12 autres cas parmi lesquels 5 présentèrent un caractère bactériologique tout différent. Dans 4 cas, il a trouvé du pneumocoque, 2 fois seul, une fois associé. Dans le quatrième cas, il était associé à des staphylocoques.

Quoique l'étude bactériologique ne soit pas très complète, on peut, semble-t-il, cependant, par la présence des différents microbes au niveau du pus, admettre que la transformation d'une hématométrie en pyométrie est due pour la grande majorité des cas, aux agents pathogènes de l'intestin et du tractus génital.



SYMPTOMATOLOGIE

Au point de vue clinique, deux types sont à retenir :

1° La pyométrie fermée qui correspond très souvent à l'hématométrie totale;

2° La pyométrie ouverte qui peut avoir pour origine une hématométrie alternante et siègerait le plus souvent au niveau de la cavité cervicale.

Le sujet qui jusqu'alors a été mal réglé et a présenté des phénomènes dysménorrhéiques, sent se développer peu à peu au-dessus du pubis, une tuméfaction résistante et douloureuse à la pression. Cette tuméfaction assez bien tolérée dans les débuts, est suivie au bout d'un certain temps, de malaise général, avec courbature, faiblesse, douleurs lombaires assez prononcées, céphalée, sensation de pesanteur dans le bas-ventre et l'alitement devient nécessaire.

Cet état de choses se maintient stationnaire pendant quelques jours, puis s'aggrave; la fièvre apparaît, d'abord peu élevée, puis atteignant ensuite 39° et les dépassant même; les troubles digestifs, vomissements, surtout aqueux, constipation, apparaissent à leur tour, suivis quelquefois de troubles urinaires. Ils consistent alors soit en rétention, soit en incontinence. Si à ce moment-là, soit par négligence de la malade, soit par hésitation, une intervention n'a pas été pratiquée, le tableau peut s'assombrir profondément. Les symptômes septicémiques dominent alors la scène, le pouls est petit, filant, le refroidissement avec maximum aux extrémités est général, la langue est sèche et rôtie et la mort survient en collapsus.

D'autres fois ce sont des signes de péritonite grave qui

remplacent les premiers; un frisson et une douleur violente étendue rapidement à tout l'abdomen ouvrent alors la scène, la fièvre est vive et s'élève à 40° sans presque de rémission au matin. En peu de temps le ventre est tendu, ballonné et le météorisme en est exagéré. Les vomissements fréquents, muqueux ou porracés, la constipation opiniâtre, apparaissent à leur tour, puis au bout de deux à quatre jours, les symptômes généraux de l'infection grave atteignent une notable intensité et le collapsus est imminent.

Enfin, dans certains cas, la péritonite peut s'ajouter à la septicémie, si bien que les deux tableaux arrivent à se confondre.

L'examen gynécologique donne des renseignements intéressants. Au palper, on sent une tumeur de forme allongée, située dans la région suspubienne et latérale, de volume variable suivant l'importance de la collection, mais ordinairement assez volumineuse, car la collection étant développée dans l'utérus, celui-ci est fortement distendu à la manière d'un utérus gravide. De plus, cette tumeur est en général douloureuse à la pression, mate à la percussion et fortement tendue. Au toucher vaginal, on constate que le col est élevé et porté dans un des culs-de-sacs latéraux. Le doigt porté dans celui qui lui est opposé, le trouve occupé par une tumeur volumineuse, tendue, douloureuse et qui semble remonter dans le pelvis. La palpation de l'utérus souvent impossible, révèle, lorsqu'elle est praticable, que la tumeur le suit dans ses déplacements. Au toucher rectal on la sent, tendue, en forme de gros saucisson, et remontant dans la cavité pelvienne.

L'examen au spéculum, sans donner d'indications bien supérieures, montre cependant l'existence d'une saillie dans l'un des culs-de-sac et le refoulement latéral du col. Il peut permettre aussi quelquefois d'apercevoir deux orifices externes si le col est double, et ce renseignement a une haute importance, car il permet de penser immédiatement à un utérus double.

L'hystérométrie, si souvent combattue, semble être une manœuvre de prédilection des auteurs allemands; en effet, dans les cas de pyométrie rapportés par eux, ils l'ont toujours pratiquée. M. le Professeur Chavannaz la recommande aussi dans les cas de pyométrie par cancer du col.

Quoique très discutable, étant donné les accidents qu'elle peut produire, l'hystérométrie pratiquée avec toutes les précautions voulues, peut donner des indications très précieuses. C'est ainsi que Von Holst introduisant une sonde dans l'utérus d'une femme présentant les mêmes symptômes, pût après cette manœuvre et l'écoulement purulent qui la suivit, établir son diagnostic. Cette même sonde poussée plus loin, et tombant dans un espace vide après avoir franchi une résistance médiane, lui permit d'en conclure que cet utérus était double.

On voit par là combien, quoique délicat, cet examen peut donner de bons résultats et permettre d'éclairer un diagnostic hésitant.

La pyométrie ouverte, opposée à la pyométrie fermée, véritable abcès utérin, offre un aspect moins dramatique. Ici, ce ne sont plus au point de vue local, une grosse tuméfaction, et au point de vue général, des phénomènes scepticémiques qui dominent le tableau; au contraire, les symptômes en présence desquels nous nous trouvons se rattachent plutôt à ceux présentés par diverses affections utérines ou annexielles bien connues. Le seul fait prédominant est la présence de pertes purulentes abondantes dégageant une odeur fétide très prononcée.

Au début, les symptômes sont les mêmes que dans le premier cas, mais au lieu de s'aggraver rapidement, ils traînent en longueur et la fièvre peu élevée a des alternatives de chute et de recrudescence. Les douleurs ne sont pas très violentes, l'appétit est conservé, seul l'amaigrissement indique un état de souffrance de l'organisme. Si des symptômes d'aggravation sont constatés, ils portent surtout sur le tube digestif avec prédominance de la constipation et des vomissements.

L'examen externe ne donne que peu d'indications, car la pyométrie étant développée dans la cavité cervicale et étant drainée en partie, il ne peut se constituer de tuméfaction assez grosse pour qu'elle puisse être nettement sentie. L'examen gynécologique ici aussi a une importance primordiale. La tumeur tendue, mais moins grosse et plus bas située que précédemment, bombe moins dans le cul-de-sac; elle occupe un côté du col qu'elle gonfle en forme de massue et rejeté latéralement. Au toucher rectal on la sent tout aussi tendue et remontant légèrement dans le petit bassin. Elle a une forme plutôt sphérique qu'allongée.

L'examen au spéculum confirme ces résultats. De plus, il peut laisser déceler dans certains cas les deux orifices cervicaux. Il nous découvre en outre un col rouge, hyperhémie d'où s'écoule constamment un liquide épais, crémeux, jaune, quelquefois verdâtre et dont l'odeur fétide et pénétrante est caractéristique. Il baigne le col et le vagin qui lui aussi est congestionné, et son action irritante atteint même les organes génitaux externes qui sont souvent le siège de lésions inflammatoires ou de prurit intense.

L'hystérométrie est ici aussi une manœuvre utile. La sonde introduite dans l'un des cols, et arrêtée à une faible distance de sa course, alors qu'introduite dans l'autre, elle la poursuit à fond, est un indice de la présence d'un obstacle siégeant en un point facile à déterminer, du tractus utérin. C'est cette atrésie de l'orifice interne du col, ainsi révélée, qui est la cause du développement de la pyométrie à son niveau. S'il n'y a pas atrésie de l'orifice interne, en répétant cette manœuvre on pourra mettre en évidence la présence de la duplicité utérine.

On voit donc, que, d'une part, la présence d'une tumeur allongée, douloureuse et un peu volumineuse, siégeant latéralement dans la partie inférieure de l'abdomen, et accompagnée de fièvre, et d'autre part, la présence d'un écoulement purulent avec douleurs, asthénie et amaigrissement, ne sont pas suffisants pour porter un diagnostic sûr. Seul,

un examen gynécologique approfondi complété par l'hystérométrie, peut permettre d'écarter toute erreur possible.

Parmi les complications graves qui peuvent survenir en dehors de la septicémie, il faut signaler les ruptures de la collection purulente. Le plus souvent, ce sont les trompes qui presque toujours intéressées et moins résistantes que l'utérus, se déchirent et libèrent la collection. Cette rupture peut se produire spontanément, au moment d'un effort par exemple, fait par la malade pour tousser ou se retourner dans son lit. L'utérus, bien que plus rarement, peut se rompre, témoin le cas, d'ailleurs unique, rapporté par Champneys, où étant adhérent au bassin, les tiraillements produits par les adhérences avaient déterminé la déchirure de sa paroi et une péritonite mortelle. La rupture se produit, soit à la suite d'un effort, comme pour les trompes, soit à la suite de lésions gangréneuses de la paroi. La péritonite est généralement l'aboutissant de ces complications.

On peut enfin signaler la possibilité d'apparition d'une phlébite, telle qu'on la rencontre dans certains cas de kystes de l'ovaire, ou lors d'accouchements septiques.

DIAGNOSTIC

Malgré l'existence de certains signes difficiles à déceler, mais ne prêtant pas à la confusion, le diagnostic reste particulièrement délicat. Si nous voulions le traiter en entier, ce serait tout le long chapitre du diagnostic des tumeurs abdominales qu'il faudrait entreprendre; aussi laissant de côté les cas les plus éloignés de celui qui nous intéresse, et ceux où on peut être amené à rechercher directement une malformation utérine, nous nous bornerons à envisager ceux qui s'en rapprochent le plus.

En présence d'un sujet jeune, atteint d'une suppression absolue de règles, et de douleurs lombaires et abdominales remontant à plusieurs semaines, on peut penser tout d'abord à une grossesse. Mais bien que la malade en admette la possibilité et que les symptômes menstruels soient en faveur de cette hypothèse, les autres, tels que l'augmentation de volume des seins, la pigmentation de l'aréole et de la ligne blanche, font défaut. De plus, la tumeur abdominale moins développée que lorsque l'utérus est gravide, la fièvre et la sensibilité de l'abdomen parlent en faveur d'un processus pathologique.

A la suite de l'examen gynécologique, l'idée d'une grossesse extra-utérine qui aurait pu venir facilement à l'esprit étant donné l'anamnèse et l'arrêt subit des règles, doit être abandonnée pour les raisons suivantes :

1° Le minime volume de la tumeur et sa position. En effet, elle est moins bien palpable à travers la paroi abdomi-

nale qu'un embryon de plusieurs mois, même s'il est déjà mort;

2° Le défaut de ramollissement du col;

3° L'absence des autres symptômes ordinaires de la grossesse.

A ces suppositions peut s'ajouter celle d'une hématocele rétro-utérine. Mais ici l'absence d'une douleur fugace mais extrêmement vive dans le bas-ventre, l'absence de phénomènes syncopaux et la présence de la fièvre, en aideront le diagnostic.

Il en est autrement en ce qui concerne l'abcès pelvien ou les collections purulentes développées dans le péri ou paramétrium. Si ordinairement dans ce cas, l'histoire clinique est d'une grosse importance, elle peut nous laisser ici dans le doute; en effet, l'état fébrile, l'écoulement de pus par le vagin, si la pyométrie est ouverte, peuvent faire penser à une métrite accompagnée de paramétrite dues vraisemblablement à une infection blennhoragique. Ce ne sont que l'aspect de la tumeur et la recherche de sa position par rapport à l'utérus qui permettront de faire la part des choses.

On peut envisager aussi la possibilité d'un myome cervical. L'arrivée brusque des douleurs, l'absence de menstruation, sembleraient aller contre cette supposition. Cependant certains faits plaident en sa faveur, tels la situation de la tumeur, sa consistance, la perméabilité du col; la présence enfin des pertes purulentes ne s'opposerait pas à cette hypothèse, puisqu'il est fréquent de voir des polypes muqueux donner naissance à un pareil écoulement accompagné d'une odeur fétide très prononcée. Le diagnostic de pyosalpinx si souvent établi, est excusable, surtout en présence d'une tumeur latérale, douloureuse, légèrement mobile, saillant dans un des culs-de-sacs, de pertes purulentes, et enfin d'une légère élévation de la température. C'est en effet l'affection dont le tableau clinique se rapproche le plus de la pyométrie ouverte.

Le cancer de l'utérus peut facilement être éliminé, le tou-

cher vaginal et l'examen au spéculum, la présence de pertes sanieuses auxquelles s'ajoutent par intervalle de véritables hémorragies, suffisent très souvent à le déceler. Si donc les symptômes pathognomoniques des malformations utérines, tels que les malformations portant sur le vagin ou sur l'appareil urinaire, font défaut, toutes ces éventualités pourront être admises. Seuls les symptômes fournis par la malformation elle-même et décelés par l'hystérométrie pourront éclairer le diagnostic. C'est donc à cette manœuvre que l'on devra avoir recours pour s'approcher le plus possible de la vérité.

PRONOSTIC

Bien que différant avec chacun des types de pyométrie, le pronostic est toujours grave.

Si la pyométrie est fermée et qu'une intervention n'ait pas été faite à temps, on peut dire que les jours du sujet sont fortement compromis; les symptômes de l'infection générale font leur apparition et la mort survient rapidement en collapsus, ou bien c'est une péritonite par contiguité ou par rupture de la poche, qui se produit et qui emporte la malade.

Si la pyométrie est ouverte, le pronostic, grave encore, l'est cependant à plus longue échéance. Nous sommes en effet en présence d'une cavité utérine septique, sans doute, mais qui se draine. Or ce drainage permet aux germes infectieux de s'écouler au dehors avec le pus, et à l'utérus de se laisser atteindre plus lentement. De ce fait, si les accidents infectieux se produisent, ils apparaissent plus tardivement, avec moins de violence, et permettent souvent d'intervenir à temps. Mais si la lésion a été négligée, à mesure que le processus pathologique progresse, le pronostic s'assombrit, l'intervention devient très dangereuse, car la patiente est en état de déchéance physiologique, et l'on peut assister alors à des accidents infectieux graves qui peuvent entraîner un dénouement fatal. Cependant, on peut dire que traitée précocement, la pyométrie présente un pronostic beaucoup moins sombre tant au point de vue opératoire qu'au point de vue des résultats éloignés. Les résultats obtenus par les auteurs dont nous publions les observations semblent le démontrer.

TRAITEMENT

Comme toute collection purulente, la pyométrie doit être évacuée.

C'est dans ce but qu'ont vu le jour, nombre de procédés, dont certains sont délaissés à l'heure actuelle. Voyons quels ils sont :

Tout d'abord, la ponction. Cette intervention dont Boyer s'était fait le protagoniste, surtout en ce qui concerne l'hématométrie, est tombée en désuétude parce qu'inefficace et dangereuse. En effet, son action radicale est nulle, puisque l'abcès, n'ayant pas un débouché permanent, pourra se reformer, à mesure que les règles réapparaîtront; de plus, si elle est mal pratiquée, elle peut produire des lésions de l'utérus, voire même une perforation.

En présence de ces faits, la plupart des auteurs se sont reportés sur l'incision et c'est vers 1875 qu'on voit apparaître ce genre d'intervention. La technique facile, si l'incision n'a qu'un but évacuateur passager, est plus délicate si elle a pour objet de livrer un passage permanent au rétentum. En effet il faut introduire un bistouri à travers le col normal, dans l'utérus sain, et fendre aveuglément à ce niveau le septum interne. Les résultats obtenus par ce procédé ne sont pas très positifs et l'on peut voir notamment dans l'observation de Von Holst, rapportée ici-même, que l'un des inconvénients les plus fréquents qu'offre cette intervention, en plus de sa difficulté de technique, est la possibilité qu'elle laisse à la tumeur de se reformer. De cette façon, la collection purulente peut se reformer comme si elle avait été seulement ponctionnée.

La dilatation avec drainage proposée plus tard, constituait déjà un notable progrès, puisque ce procédé établissait une communication permanente entre la cavité utérine purulente et l'extérieur. Mais ici encore son grand défaut est la possibilité laissée à la lésion de se prolonger, de passer pour ainsi dire à la chronicité. Les lésions profondes de l'utérus étant longues à se cicatriser.

Les progrès de l'asepsie ayant ouvert à la chirurgie des horizons nouveaux, on a pu, à mesure que les procédés opératoires se perfectionnaient, envisager un traitement radical de cette affection.

L'hystérectomie vaginale, qui eut une si grande vogue à l'époque de Segond, peut être pratiquée ici; nous en avons un exemple dans l'une de nos observations. Elle a cependant un défaut, c'est celui de ne pas permettre à l'opérateur de se rendre compte des adhérences souvent énormes qui se sont produites, et par conséquent d'être une opération longue et difficile; de plus, elle ne permet pas de protéger suffisamment le péritoine contre le pus qui peut jaillir de l'utérus lors de son ablation.

Certains ont proposé une intervention par voie haute en laissant en place les annexes. Cette manœuvre est discutable, car très souvent, ovaires et trompes sont lésés.

Pour ce qui nous concerne, nous estimons que lorsqu'on intervient pour une pyométrie développée dans un utérus double, on doit avoir en vue le traitement d'une malformation et celui d'une affection développée à son niveau. Par conséquent, la seule manière d'arriver à un résultat positif c'est de pratiquer l'hystérectomie totale par voie haute. De cette façon l'opérateur voit nettement ce qu'il fait et peut se rendre compte de la configuration anatomique de la région. Cette intervention se fera suivant les techniques habituelles de l'hystérectomie, en se souvenant cependant que le manuel opératoire pourra être dans certains cas modifié par des détails inhérents à la malformation ou à la lésion.

Il faut signaler en effet, quand il s'agit d'utérus bifide, les

inclinaisons quelquefois très accentuées des deux utérus, inclinaisons qui peuvent entraîner un raccourcissement et un épaississement du ligament large, d'où immobilité de l'utérus. Il faut mentionner aussi la possibilité d'existence d'une cloison vesico-rectale, allant du rectum à la face postérieure de la vessie et partageant le bassin en deux parties. C'est surtout dans les utérus bicornes et pseudo-didelphe qu'on la rencontre. Son développement, fort variable, peut aller de quelques centimètres à 12 centimètres, comme l'ont constaté Dupuytren et Ollier.

D'autres difficultés opératoires, mais exceptionnelles, peuvent tenir à la présence d'autres malformations. Il ne faut pas oublier, en effet, que quelquefois les malformations utérines sont accompagnées de malformations des organes urinaires; c'est ainsi que Picquand, Meyer, Puech, citent des cas où les deux utérus étaient séparés par les urètres et le rectum. Souvent, comme l'a constaté Halban, du côté de la corne la moins développée, il peut y avoir absence d'un rein ou d'un urètre.

Si nous ajoutons enfin toutes les adhérences inflammatoires contractées par l'utérus ou ses annexes avec les organes voisins, et la septicité du pus, on comprendra que seule la laparotomie permet de se rendre compte de ces accidents et de les traiter efficacement.

Les opérations, telles que ponction, incisions, dilatations, ne sont pas à mettre systématiquement à l'écart; en effet, si leur pouvoir curatif est presque nul, elles ont l'avantage de pouvoir constituer un traitement d'attente lorsque l'hystérectomie ne peut être pratiquée, et même de pouvoir préparer cette intervention en diminuant notablement la masse du liquide et sa septicité.

Enfin, quel que soit le procédé opératoire choisi, on devra toujours se souvenir que le milieu sur lequel on va agir est un milieu septique et qu'il est de toute nécessité d'empêcher, par les moyens habituels, la propagation de l'infection aux organes voisins.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Publiée par Von HOLST, dans la *Zentralblatt für Gynakologie*, mars 1907).

Pyométrie dans la corne fermée d'un utérus double

(Traduction personnelle)

La malade est âgée de 16 ans. Les premières règles remontent au 22 novembre 1904 et furent dès le début irrégulières. Le 19 novembre 1905 de fortes pertes de sang la conduisent chez un médecin qui lui prescrit des gouttes. Elle saigna ainsi environ pendant 4 semaines avant Noël 1905. Après un arrêt assez court, les pertes recommencèrent; le 12 janvier 1906, la fièvre apparut, monta à 40° en même temps que de fortes douleurs dans le bas-ventre. Dans l'intervalle survint un écoulement goutte à goutte.

Le 15 janvier la fièvre tombe à la normale. Le 18, elle réapparaît avec les règles qui sont mêlées de pus et accompagnées de vives coliques.

L'examen pratiqué donne les résultats suivants :

Le sujet est convenablement constitué, les seins bien développés; aucune anomalie n'est apparente. L'abdomen est normal; dans la région iléo-cœcale on sent une résistance et de la matité.

La résistance qui a une étendue déterminée, atteint environ trois doigts au-dessous du ligament de Poupart, entre la tubérosité pubienne droite et l'épine iliaque antéro-supérieure. Le système pileux du pubis est bien développé. La vulve, fermée, est normale. L'entrée du vagin permet l'accès d'un doigt. Le conduit vaginal, plus court que normalement, est dirigé vers la gauche.

L'orifice utérin un peu mou et un peu agrandi, est rejeté en haut et à gauche. Le cul-de-sac droit est occupé par une tumeur très élastique qui refoule le col vers la gauche.

Dans le fond de cette tumeur sentie à droite, on trouve au palper bi-manuel, une petite dépression qui en impose pour un fond d'utérus et qui siège environ au tiers inférieur de la tumeur droite. Au toucher rectal on sent très bien que les deux tumeurs tout en étant séparées l'une de l'autre, sont en coalescence.

La sonde introduite dans l'utérus pénètre de 7 cm dans la direction gauche, ce qui permet de conclure, que nous avons affaire, à un gros utérus normal du côté gauche.

Nous essayons alors de trouver une communication entre l'utérus et la tumeur droite; manœuvre inutile puisque même la sonde la plus mince ne révèle nulle part la moindre ouverture. Du fait que la portion externe de l'utérus ne se trouve pas dans la partie médiane du pôle inférieur du vagin, mais à gauche, nous devons conclure à la présence d'une tumeur du côté droit, tumeur qui est en connexion immédiate avec l'utérus. Ces considérations et la température, nous font porter le diagnostic de pyométrie développée dans la partie inférieure d'un utérus double; pyométrie qui serait due dans ce cas à une hématométrie.

Le 24 janvier 1906, une seringue est introduite par le canal cervical, à travers la cloison de l'utérus, en vue d'une ponction. Celle-ci ramène du pus. J'introduis alors un scalpel par la même voie, j'incisai la paroi et un flot de pus jaillit à l'extérieur. N'ayant pu me rendre compte du niveau auquel la collection s'était étendue, je me contentai de pratiquer un lavage et de drainer avec un mèche de gaze. Peu de temps après ce drainage fut supprimé et l'utérus irrigué. Après cette intervention, la température tomba à la normale. Environ 14 jours après, les règles revinrent très fortes. L'examen montra alors que l'ouverture pratiquée dans la paroi s'était cicatrisée.

Trois semaines après, les règles reviennent à nouveau, sans fièvre, ni douleurs. La palpation montre que l'utérus est redevenu gros parce qu'il s'est refermé après l'incision, et que le sang des règles ne peut s'échapper. Il fallait donc établir une communica-

tion durable entre les deux utérus ou trouver une autre méthode qui rende impossible la menstruation de l'utérus droit. D'autre part, l'établissement d'une communication entre les deux utérus était devenue très difficile, étant donné la possibilité d'une grossesse qui pouvait s'être installée dans le fond droit et dont on n'avait aucun indice. De plus, pour séparer l'utérus fermé de l'autre, on pouvait courir le danger d'une grosse difficulté de séparation, ou d'une infection par vidange de la cavité utérine dans la partie inférieure de l'autre.

En présence de ces faits, il fut décidé de recourir à l'extirpation totale en laissant les annexes en place.

La patiente endormie, on pratique la laparotomie.

Chaque corps d'utérus est également gros; la partie cervicale de l'utérus droit est excavée, très épaissie et les annexes normales des deux côtés. La laparotomie confirme en tous points nos suppositions; les deux utérus sont séparés l'un de l'autre seulement dans le fond par une cloison large de 1 cm. 8 et épaisse de 1 cm., très résistante surtout à ses extrémités. La portion cervicale, en forme de massue, regarde en bas et à droite.

L'utérus est extirpé selon la méthode classique, en laissant en place les annexes. Les plaies opératoires sont refermées au catgut et le péritoine sous lequel sont enfouies les annexes, est suturé avec la paroi. La peau est refermée aux crins. Enfin un pansement de gaze stérilisée est fixé sur le tout par une bordure de collodion.

OBSERVATION II

(Publiée par THÉDENAT dans la *Gazette de Gynécologie*, août 1909)

Sur un cas de pyométrie dans un utérus double

Mme M..., 32 ans, sans antécédents héréditaires dignes d'intérêt, sans maladies antérieures. Réglée à 13 ans, régulièrement; les règles duraient 4 ou 5 jours avec accidents dysménorrhéiques légers consistant en douleurs, pesanteurs lombo-abdominales commençant 2 ou 3 jours avant l'apparition du flux menstruel.

Mariée à 23 ans, jamais de grossesse, pas de modifications dans la menstruation.

Il y a 5 ans, poussée par le désir d'être mère, Mme M... fut soignée par un médecin qui pratiqua des cautérisations du col, cinq fois dans l'espace de deux mois. A la suite de ce traitement survinrent des pertes blanches assez abondantes et une poussée de salpingo-ovarite. Le repos, des injections chaudes, calmèrent lentement les douleurs intraménstruelles; de temps en temps, avec des intervalles de 10 à 15 jours, douleurs plus vives, distensives, suivies d'écoulement muco-purulent plus abondant pendant un ou deux jours, après lequel les douleurs diminuaient beaucoup.

Cette situation durait depuis 3 ans, quand la malade nous fut adressée le 2 juin 1895. Pâle, nerveuse, avec un état génital médiocre. Par le toucher vaginal on sent le col un peu gros, surtout en largeur, le corps utérin paraît large, assez mobile; les annexes du côté droit sont un peu tuméfiées, pas trop douloureuses. Pendant dix jours, injections chaudes, application de tampons à l'ichtyol. A deux reprises, après un ou deux jours de coliques utérines, je trouve un petit flot de mucopus. Les règles arrivent, durant six jours, avec les accidents dysménorrhéiques habituels, mais pas très intenses.

Le 20 juin, au cours d'un examen au spéculum, je vois un petit flot de pus s'écouler à droite, un peu au-dessus de l'orifice cervical assez large. J'absterge avec soin et vois un orifice très étroit séparé du large orifice gauche par une mince cloison. L'orifice droit est plus haut de 1 cm. $\frac{1}{2}$ que le gauche, et sur l'éperon mitoyen se trouve un nodule dur du volume d'un grain de maïs. Badigeonnage du col et des culs-de-sac avec de la glycérine iodée au 1/20. Gaze iodoformée à demeure.

22 juin. — Je parviens à introduire un fin stylet canulé dans l'orifice droit; il butte à 3 cm. de profondeur. Grâce à l'hystéromètre introduit dans l'orifice gauche, je puis m'assurer que la paroi mitoyenne a tout au plus 2 à 3 m/m d'épaisseur. Je la sectionne sur une hauteur de 2 cm. environ avec un bistouri boutonné; je badigeonne à la teinture d'iode les deux cavités de cet utérus double dont la moitié droite est très petite et j'y tasse une mèche de gaze iodoformée. La petite tumeur signalée ci-dessus était une glande kystique. Hémorragie insignifiante; pas de fièvre.

25 juin. — Avec des ciseaux, section de la lèvre droite de l'orifice droit. Badigeonnage iodé; mèche de gaze. Grâce à des pansements répétés tous les trois jours, la cicatrisation est complète le 12 juillet. L'orifice droit admet alors un gros hystéromètre.

Les règles survenues le 16 juillet furent bien moins douloureuses. La malade reste à la clinique jusqu'au 29. Pertes blanches insignifiantes, douleurs presque entièrement disparues. Revenue chez elle, elle a continué les injections chaudes, les lavements chauds, les enveloppements lombo-abdominaux à la Priessnitz. Revue en mai suivant, soit dix mois après le traitement, elle dit que ses règles sont presque indolores, qu'elles durent trois jours au lieu de cinq.

Il n'y a plus de leucorrhée, et l'empâtement des annexes droites a presque entièrement disparu.

OBSERVATION III

(Thèse de ARNING, Strasbourg, 1880. Traduction personnelle)

Sur un cas de pyométrie latérale développée dans la corne fermée d'un utérus double.

L'employée de fabrique Joséphine P..., de Strasbourg, âgée de 15 ans, vient à la consultation de la clinique gynécologique. Son père est mort en 1870 lors du bombardement; sa mère et ses deux frères ou sœurs sont en bonne santé. Aucune maladie à signaler pendant son enfance. A l'âge de 13 ans ses premières règles apparurent et revinrent régulièrement le 20 de chaque mois, durant trois jours et indolores. Les premiers temps, la couleur du sang était normale; plus tard elle devint un peu pâle et la malade vit apparaître à la fin de ses règles des flueurs blanches. Cela dura six mois. Alors apparurent à la période cathaméniale suivante des coliques dans le bas-ventre, si fortes que la malade ne pouvait rester couchée. Trois jours après ces symptômes disparurent pour réapparaître le mois suivant du 17 au 20, sans la moindre apparition de sang. Finalement la jeune fille se vit contrainte, comme en mars les coliques étaient réapparues avec leur violence habituelle et ne disparaissaient pas d'elles-mêmes après quelques jours,

à se faire admettre dans l'établissement. Les faits suivants furent constatés :

La malade est un sujet frêle, maigre, à musculature insuffisamment développée. Les seins sont petits, les mamelons peu pigmentés. Pas de colostrum. Le ventre n'est pas ballonné, la ligne blanche n'est pas pigmentée. A la palpation, le bas-ventre est sensible et difficilement palpable à cause de la résistance de la paroi.

L'examen gynécologique montre des organes génitaux bien développés, un hymen conservé, mais dilaté et un vagin normal. Le cul-de-sac latéral droit est occupé par une tumeur qui fuse jusque sur les lèvres de l'utérus; à gauche se trouve un bourrelet de la portion vaginale en forme de croissant et qui n'est pas palpable. Si on examine le bas-ventre au palper combiné, la tumeur apparaît grosse comme une pomme, sans présenter d'inégalités en quoi que ce soit. Sa consistance est rénitente et aussi partiellement consistante; la fluctuation n'est nulle part perceptible.

Le jour suivant, en vue d'un examen, la malade fut anesthésiée et examinée au spéculum de Siems. On constate que la tumeur est accolée à l'utérus de telle façon que celui-ci est tout entier attiré à droite.

Après cet examen clinique, un sondage est pratiqué. La sonde pénètre sans difficultés et donne la longueur normale de l'utérus. Là-dessus est porté le diagnostic d'hématométrie d'un segment fermé d'un utérus septus ou bicollis. Après cet examen les douleurs et la fièvre augmentèrent. Celle-ci dura quatre jours avec un maximum de 39°6 de troisième jour. Après une légère rémission d'un mois les coliques devinrent plus violentes, une constipation opiniâtre apparut ainsi qu'une rétention d'urine qui dura un jour et qui étaient dues à la compression de la tumeur. Ce grossissement et cette résistance semblent s'accroître à chaque examen nouveau, jusqu'à la fin avril où la tumeur devient fluctuante.

Le 6 mai, un dilateur introduit dans le col de l'utérus, le dilate si bien en quelques jours, qu'on peut atteindre la cavité utérine avec le doigt. Cette cavité est lisse et ne paraît pas anor-

male. Quelques jours après, pour la confirmation du diagnostic, deux incisions furent faites au bistouri et restèrent sans résultat, car au lieu de laisser écouler du sang, elles laissèrent sourdre seulement quelques gouttes de sérosité fluide. A partir de cette intervention le tableau de la maladie change d'aspect. Déjà, l'après-midi, la jeune fille a eu de violentes tranchées, toutefois la température est restée à 37° et la nuit a été passablement bonne.

Pour les jours qui suivent nous trouvons les renseignements suivants dans l'observation :

9 mai. — Aujourd'hui fortes coliques atteignant presque tout l'abdomen, céphalée et vomissements glaireux. Abdomen un peu ballonné, pouls petit, fièvre, fréquence du pouls allant de 132 à 150. Température 39°, regards attristé.

Ordonnance : Glace sur le ventre, chlorhydrate de morphine, 0,01.

10 mai. — La malade grâce à la morphine a un peu dormi. Les tranchées ont un peu cessées. Un vomissement bilieux. Depuis la veille au soir rétention d'urine. Le cathétérisme ramène 600 gr. d'urine très concentrée. Pouls 132. Température 38°4-39°4. Du vagin sort un peu de sang. Pas de dyspnée ni de céphalée.

11 mai. — Un peu de sommeil la nuit; les tranchées diminuées semblent circonscrites à droite. Pouls 116. Nouveau cathétérisme. Constipation.

Température, 38°6-39°.

Ordonnance : Morphine, une cuillerée d'huile de ricin.

12 mai. — Grâce à l'huile de ricin, la malade a eu une selle; les coliques diminuent, l'abdomen n'est plus ballonné. Un sondage doit être de nouveau pratiqué. Pouls, 120. Température, 38-39°.

13 mai. — La nuit la malade a assez bien reposé. Les tranchées ont un peu plus diminué. A droite, proche de l'utérus, on sent toujours une résistance. Le ventre semble un peu tendu. Pas de dyspnée ni de vomissements. Le cathétérisme ramène une urine spumeuse, trouble et chargée d'urée. Pouls petit, 126. Température, 38°6-39°6. Ordonnance : Opium.

14 mai. — La nuit a été bonne, mais la malade a encore eu des vomissements. La résistance à droite, près de l'utérus, est accom-

pagnée de sensibilité de l'abdomen. L'urine est sortie spontanément. Pouls 120. Température, 39°4-39°5.

15 mai. — La nuit a été bonne, mais les nymphes sont enflées. L'abdomen est moins douloureux, la résistance à gauche moins nette. L'utérus est béant. Il s'écoule un léger suintement sanguin, non fétide. La vessie de glace mal supportée est supprimée. La malade a vomi encore une fois. Une selle. Miction normale.

Pouls, 116. Température, 39°4-39°6.

Ordonnance : Fragments de glace. Le soir, opium.

16 mai. — Aujourd'hui la malade se trouve mieux. Les vomissements ont cessé. Les douleurs lombaires se sont bien amendées; en général symptômes d'amélioration et suppression des gémissements fébriles. La consistance droite de l'utérus semble être plus résistante. Température, 39°-39°6. Respiration calme.

18 mai. — Soudain, dans la nuit, un petit écoulement de pus s'est produit dans le vagin. Le pus ne paraît pas de mauvaise nature. Pas de température : 36°4. Pouls, 92. Les tranchées ont disparues, mais la malade urine sous elle.

19 mai. — Aujourd'hui aussi apyréxie, euphorie, pas de coliques. La résistance droite semble moins dure. Sommeil et appétit bons. L'œdème des nymphes a diminué, mais il y a encore de l'incontinence d'urine. Pas d'écoulement de pus. Température, 36°1-37°.

21 mai. — La malade a de nouveau des coliques à droite : c'est l'époque des règles.

24 mai. — De nouveau, douleurs lombaires, les règles n'ont pas apparues. La tumeur semble avoir grossi vers la gauche. L'état apyrétique dure depuis quelques jours. L'état de santé est seulement troublé par des douleurs lombaires et des tiraillements dans le côté droit du bas-ventre. Etant donnés le bon appétit et les selles régulières, la malade est autorisée à se lever quelques heures par jour.

A partir du 31 mai, elle ne se plaint plus des douleurs du côté droit de l'utérus.

Au 3 juin on note : Hier et aujourd'hui, douleurs légères; dans la nuit, léger écoulement de pus. Température, 38°-38°2.

12 juin. — Après quelques jours de repos, l'écoulement de pus reprend avec de fortes tranchées. Le pus est de bon aspect. Le doigt explorateur sent que la tumeur est un peu fluctuante. A l'examen au spéculum on constate que le canal cervical laisse sourdre du muco-pus, mais on ne trouve pas l'orifice par où il sort. On fait au bistouri, une incision dans la tumeur qui pointe dans la partie supérieure du canal cervical, elle laisse sortir une grosse quantité de pus. La sonde introduite par cette ouverture pénètre de 2 cm. $\frac{1}{2}$. Du canal la pointe de la sonde pénètre à travers une cloison; là-dessus, la vidange de la cavité est faite avec un cathétère d'homme et une solution antiseptique. Le soir, la malade n'a pas de fièvre. Température, 37°2.

14 juin. — L'incision qui s'était refermée est ouverte avec le doigt; elle laisse écouler beaucoup de pus. Température, 37°3-37°5.

16 juin. — La fièvre et les douleurs reprennent. Suintement purulent. Sous chloroforme le septum est ouvert vers le haut au bistouri. Température, 38°3-37°5.

Jusqu'à la fin du mois l'état de la malade ne présente rien de remarquable. Chaque soir un peu de fièvre, des douleurs. A l'époque menstruelle, pas de règles. Le pus coulant toujours, on continue les lavages utérins à l'eau phéniquée. Vers la fin du mois, la fièvre vespérale disparaît. L'appétit et le sommeil sont bons. Le 28, la malade se lève et prend un bain. L'écoulement et l'état du pus alternent; il doit se produire une légère rétention, car tous les soirs il y a une légère poussée fébrile. La période de juillet se passe; la cavité ne se modifiant pas, les lavages utérins sont repris avec une solution d'acide phénique et sulfate de zinc. La malade travaille un peu et reste encore pendant tout le mois d'août dans l'établissement; la menstruation n'est pas réapparue.

Le 6 septembre, alors que l'écoulement est encore très prononcé, la malade est exécutée provisoirement, avec ordre de faire des irrigations régulières et de se représenter à la consultation de la polyclinique. Elle écoute ces conseils, mais pendant l'hiver et toute l'année 1877, on ne la revoit pas, et elle est allée vivre, partie à Strasbourg, partie à Haguenau. La menstruation n'est pas apparue de tout ce temps-là; les douleurs et les vomissements ont

cessé, mais une leucorrhée à odeur très pénétrante s'est installée. Au début de février 1878, subitement et sans motifs, les douleurs dans le côté droit reprennent et forcent la malade à revenir à la polyclinique.

L'examen pratiqué alors donna les résultats suivants :

11 février. — La malade est en assez bon état, mais un peu pâle. Le cœur et les poumons sont sains. Un écoulement sort du vagin; l'utérus est assez gros et dur; vers la droite et un peu en arrière on sent une tumeur sensible au toucher.

Le 25 février, un nouvel examen est pratiqué; on sent une tumeur près de l'utérus et une masse dans le canal cervical; la sonde pénètre sans peine de 5 à 6 cm., en forçant un peu elle pénètre vers la droite, un flot de pus s'écoule et la tumeur s'affaisse. La sonde pénètre de 4 cm. dans la cavité ainsi ouverte. La communication est ainsi établie entre les deux utérus.

La cavité purulente est nettoyée avec une solution de permanganate de potasse.

Dans l'après-midi la malade souffre du bas-ventre. Le soir la température tombe de 38° à la normale. Pouls régulier.

17 février. — La malade est examinée à nouveau. Une sonde est introduite dans chaque cavité. Après cette manœuvre, nouvel écoulement de pus. Lavage. Dans la journée, l'écoulement devient abondant et fétide. Douleurs dans le bas-ventre. Temp. : 37°-37°6.

18 février. — Ecoulement abondant et fétide. Douleurs lombaires. Pouls, 80. Température, 37°2-38°4. Les jours suivants les douleurs lombaires augmentent. C'est l'époque de la menstruation. Ecoulement de pus abondant. Le soir, légère hyperthermie.

24 février. — L'ouverture de la cavité s'est refermée, la sonde qui pénètre à gauche, ne pénètre plus à droite. On découvre une tumeur près du septum utérin. On introduit un petit tampon dans l'orifice utérin. Température, 37°-37°8.

27 février. — Le septum est fendu au bistouri. Le doigt pénètre dans une grande cavité. A gauche on trouve une autre cavité dans laquelle il ne peut pénétrer. Opération sanglante et douloureuse.

1^{er} mars. — Après cette opération, diminution des douleurs lombaires, de l'écoulement et de son odeur. Le soir, la malade se lève. Appétit satisfaisant.

4 mars. — Légères douleurs dans le bas-ventre. Ecoulement minime. La cavité putride est cathétérisée et lavée. Pas de fièvre.

12 mars. — La malade souffre dans le bas-ventre. Par le vagin sort du sang pur.

13 mars. — Abondant écoulement de sang à allure menstruelle. Elancements dans le côté droit. Température, $37^{\circ}5-38^{\circ}$.

14 mars. — Ecoulement encore très fort, douleurs. Abdomen sensible à la palpation. Température, $37^{\circ}5-39^{\circ}$. Ordonnance : compresses sur l'abdomen.

15 mars. — Petit écoulement sanguin, douleurs spontanées. Température, $38^{\circ}4-39^{\circ}4$.

16 mars. — L'écoulement a cessé, suivi d'écoulement de pus. Ventre très sensible, surtout à gauche. Température, $38^{\circ}5-38^{\circ}5$. Ordonnance : vessies de glace.

Cet état fébrile correspondant à une péritonite circonscrite, dura jusqu'au 22. A partir de ce moment survint une rapide amélioration. Puis le 27, l'écoulement purulent réapparut et un nouvel examen fut pratiqué. Il montra que l'ouverture de la corne ne s'était pas refermée et qu'il n'y avait pas non plus de tumeur dans la moitié utérine droite.

Les lavages de la cavité purulente, interrompus pendant la période de fièvre, furent repris avec du nitrate d'argent. A la suite de ce lavage l'écoulement perdit son caractère purulent et devint inodore.

17 avril. — Aujourd'hui les coliques reprennent. L'examen montre que le canal cervical est encore perméable. A droite de l'utérus on sent une faible résistance qui, bien circonscrite par les parois du bassin s'attache à l'utérus et se déplace avec lui. Sa surface est lisse et sa forme allongée, ce qui laisse supposer qu'elle occupe une corne utérine.

Le lendemain, avec des coliques, apparaissent des règles insuffisantes et qui durent seulement deux jours.

Rien à signaler d'important dans la 2^e quinzaine du mois.

5 mai. — La malade est de nouveau examinée. Le canal cervical ne laisse pas passer le doigt. La cavité utérine est explorée à la sonde qui pénètre dans chaque partie de l'utérus. A droite elle ramène un peu de pus.

15 mai. — Coliques si fortes que la malade doit garder le lit. Abdomen sensible à la palpation. Température, 39°. Ordonnance : cataplasmes.

16 mai. — Les coliques continuent, localisables à droite. Abdomen douloureux à la pression. Le soir, écoulement sanguin. Température, 39°.

20 mai. — Les règles apparues le 16, ont duré jusqu'à aujourd'hui, avec douleurs localisées à droite. Le sang a bon aspect. Depuis le 16 : état apyrétique.

26 mai. — A partir du 20, l'écoulement cesse. Le canal cervical est perméable au doigt jusque dans l'utérus. Le côté droit de l'utérus est encore douloureux à la palpation et un peu volumineux.

L'état général étant satisfaisant, la malade est renvoyée.

Pendant toute une année on ne la revoit pas et pour m'informer de son état je me rendis dans la ville où elle habitait. J'obtins quelques renseignements de ses proches parents. Après sa sortie de la clinique, elle resta trois mois en bonne santé. En septembre vinrent les règles avec violentes douleurs lombaires et coliques dans le bas-ventre droit; elles durèrent 14 jours après l'arrêt de l'écoulement avec exaspération pendant 4 jours; depuis elle présenta les mêmes symptômes aux périodes cathaméniales. Elle eut ensuite une recrudescence de leucorrhée et de la dysurie. Par la suite les organes génitaux externes furent le siège de lésions qui l'empêchèrent de s'asseoir et de marcher, si bien qu'elle revint à la clinique.

Là, nous vîmes que les organes génitaux externes, le périnée, l'anus étaient porteurs de larges condylomes. Après un nouvel examen, la malade fut envoyée dans un service de syphiligraphie et dermatologie où elle fut traitée par onctions mercurielles.

Le 31 juillet elle revint à la clinique où le Professeur Freund la vit pour la première fois. Au cours de son examen, il nota les faits suivants :

Sujet florissant, cœur et poumons en bon état, cicatrices de condylômes sur les organes génitaux externes. Flueurs blanches. L'utérus est élevé, porté à droite. Dans la cavité pelvienne gau-

che on sent les trompes et l'ovaire. Les premières sortent d'une petite corne qui partant du cervix se portent en avant et à gauche; elle semble cylindrique avec une base large et se raccourcit vers le haut. La masse principale du cervix est portée à droite. La portion vaginale est courte et portée à droite. Le sondage de la corne gauche réussit facilement, il donne une longueur normale de la cavité.

Diagnostic : Utérus bicornis unicollis. La malade reste encore deux mois dans le service. Au milieu de chaque mois les coliques réapparaissent, suivies une fois seulement d'un écoulement sanguin. La quantité des sécrétions alternait et était, tantôt muqueuse, tantôt purulente. Au 30 septembre la malade est renvoyée dans sa famille.

OBSERVATION IV

(Mlle Van TUSSENBOECK, in-Zentralblatt für Gynakologie, 1907.

Traduction personnelle.)

Pyométrie développée dans la corne rudimentaire de l'utérus d'une vierge.

Une jeune fille de 26 ans, à laquelle nous sommes appelés à donner nos soins, se plaint de la présence de fleurs blanches périodiques très profuses, remontant à 11 mois.

Depuis sa onzième année, la menstruation est irrégulière. A 13 ans elle a eu une atteinte de grippe très sérieuse qui a été accompagnée d'un écoulement de sang chocolat et épaissi. En septembre, après une dilatation aux lamineaires, un examen sous chloroforme est pratiqué. A côté de l'utérus, du côté gauche on sent un tumeur un peu grosse, tendue, et qui par la pression bimanuelle, se vide en donnant du pus qui s'écoule par le col. Le doigt explorateur peut pénétrer dans la cavité droite de l'utérus. Du côté gauche, on arrive avec la sonde à 1 cm. au-dessus de l'orifice externe, dans une cavité rugueuse et qui s'ouvre dans la tumeur du côté gauche. La dilatation du canal cervical, le lavage de la cavité et son temponnement répété à la gaze iodoformée, arrêtent momentanément la production du pus. Il ne reste plus qu'à attendre si une intervention radicale sera nécessaire.

OBSERVATION V

(HERZ, in-*Wiener Medizinischen Wochenschriften*, 1907.

Traduction personnelle, résumée.)

Un cas de pyométrie et de pyocolpos latéraux

La malade dont il s'agit, toujours mal réglée, a souffert subitement et pendant plusieurs semaines de douleurs prolongées et convulsions au moment de ses règles. L'examen révèle une paroi vaginale très proéminente du côté droit, due à la présence d'une tumeur en forme de saucisse qui semble contiguë à un corps en forme de poire et placée dans son axe.

A gauche de cette tumeur en poire, on sent une petite masse ayant la même forme et en coalescence avec elle. La tumeur en saucisse constitue le pyocolpos, celle en forme de poire, la pyométrie et la petite tumeur adjacente la corte utérine saine.

Lors de l'examen il s'écoule par le vagin un quart de litre de pus verdâtre qui laisse croire un instant à une perforation.

La malade refusant toute intervention chirurgicale, on n'a plus rien relaté sur son sort.

OBSERVATION VI

(Thèse de Hans MINTROP, *Strasbourg*, 1912. Traduction personnelle. Résumée.)

Un cas d'utérus unicol avec myome, carcinome du fond et pyométrie.

La patiente, Marguerite O..., est une femme de 58 ans, qui n'a jamais eu de grossesses, ni d'avortements. La ménopause est apparue il y a 12 ans; jusque-là, elle avait été assez bien réglée.

Depuis trois ans, elle souffre de cystite, qui peu de temps après son apparition entraîna un trouble des urines et un besoin fréquent de se présenter à la garde-robe.

Au bout de trois semaines, la malade vit apparaître un écoulement ressemblant, dit-elle, à du jus de viande, mêlé de sang par intervalles. Dans les derniers temps, elle a beaucoup maigri et a présenté de l'insomnie. Malgré cet amaigrissement, les poumons ne présentent rien de particulier.

L'examen du système circulatoire révèle une sclérose des vais-

seaux, assez prononcée et une élévation de la pression sanguine. Les bruits du cœur sont faiblement perceptibles et ses battements en sont rapides. Pouls à 112. Fort intertrigo.

A l'examen gynécologique, on aperçoit un petit polype sortant du méat urinaire; la recherche de l'utérus est délicate en raison de la résistance de la paroi abdominale et de sa sensibilité. On le sent cependant, mobile et en rétroflexion. Pendant cet examen, il ne s'écoule pas de sang.

L'examen de l'urine révèle la présence d'albumine et de cellules épithéliales de la vessie.

Une biopsie pratiquée six jours après l'examen clinique, montre au microscope, qu'il s'agit d'un cancer du fond de l'utérus. Deux jours après cette biopsie, la malade est endormie à l'éther et on tente une hystérectomie par voie abdominale.

On constate alors que le péritoine est épaissi et contient un épanchement ascitique. L'appendice est normal. L'utérus très mou est double et se trouve en rétroversion dans le Douglas avec adhérences péritonéales qui font plutôt penser à une propagation cancéreuse qu'à un ancien processus inflammatoire. Les deux cornes utérines, bien développées, se séparent l'une de l'autre en forme de fourche, environ à 4 cm. au-dessus de l'orifice interne du col unique.

Les trompes, courtes, atrophiées, sont inclinées ainsi que les ovaires de petit volume, vers le Douglas. A l'encontre des ligaments latéraux qui sont atrophiés, les ligaments ronds sont bien conformés.

Dans le fond de l'utérus on sent une tumeur grosse comme une noix et ressemblant un peu à un myome dégénéré. L'ouraque persistante et la vessie placées au-devant de l'utérus sont réclinées et l'extirpation normale de l'utérus est faite. Les artères utérines fortement sclérosées sont solidement liées. Pendant l'amputation du vagin, il s'écoule du pus grisâtre et fétide. Le vagin est fermé par quatre sutures. Péritonisation. Fermeture du péritoine et de la paroi.

Les quatre premiers jours qui suivirent l'opération la malade eut une forte poussée de température avec émission spontanée

de l'urine et des gaz. Le quatrième jour au matin, elle tombe en collapsus, avec météorisme abdominal, vomissements, faiblesse du pouls. La digitale, la caféine, l'huile camphrée restent sans effets et la malade meurt en collapsus dans l'après-midi.

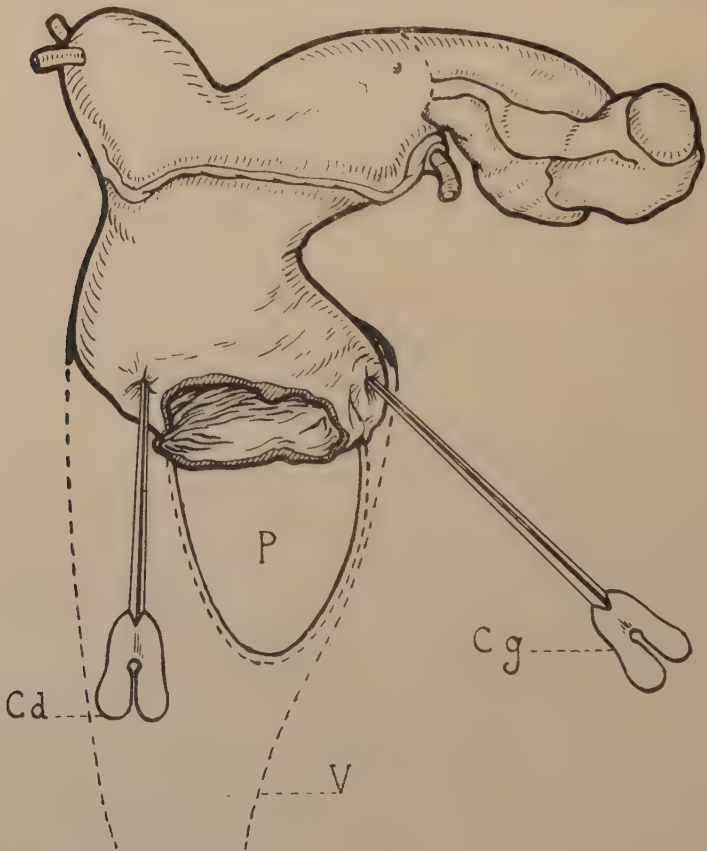
A l'autopsie on a constaté un myome interstitiel de la cavité gauche voisinant avec une lésion carcinomateuse avancée.

OBSERVATION VII

(Prise dans le service de M. le Professeur DUVERGEY.)

Pyométrie cervicale développée dans un utérus bifide

Une femme de 31 ans, C... Rosine, entrant le 2 août 1922 à l'hô-



Cd : Cavité droite.

Cg : Cavité gauche.

P : Pyométrie.

La portion inférieure du col est restée en place en raison de ses adhérences.

pital du Tondu pour des douleurs dans le bas-ventre et des leucorrhées abondantes.

Jamais malade, réglée à 15 ans $\frac{1}{2}$, irrégulièrement, n'ayant eu aucune grossesse; cette femme, en 1918, a commencé à présenter des leucorrhées, quelques douleurs dans le bas-ventre nécessitant le repos au lit. Ces phénomènes se sont exagérés en 1922 et se sont accompagnés de fièvre en juillet 1922. Amaigrissement notable. Quelques troubles digestifs, vomissements, anorexie.

A l'examen abdominal, rien d'anormal.

Le toucher vaginal donnait des renseignements intéressants. Le col était élevé, porté dans le cul-de-sac latéral droit, refoulé par une masse volumineuse, mollassse, rénitente, développée à gauche et semblant refouler la paroi vaginale; le cul-de-sac vaginal latéral gauche était donc rempli par cette tuméfaction, remontant dans le pelvis à gauche. Le corps utérin était mal senti. Le toucher rectal permettait de percevoir cette même tuméfaction rénitente, un peu douloureuse, développée à gauche et semblant incluse dans la base du ligament large gauche. Des pertes vaginales purulentes étaient constatées. La température oscillait autour de 38°. En présence de ce phénomène, l'examen au spéculum ayant été pratiqué, le diagnostic de pyosalpinx gauche fut porté et l'intervention chirurgicale décidée.

Elle fut pratiquée le 26 août 1922 avec l'assistance de M. le docteur Blanchot sous rachianesthésie, après injection lombaire de 0.12 ctg. de syncaïne à 5 % et extraction de 15 c3 de liquide céphalo-rachidien.

Un utérus bicorne est aussitôt constaté dès l'ouverture abdominale. Une tumeur volumineuse grosse comme une orange est sentie dans la région correspondante au col de l'utérus gauche. L'hystérectomie abdominale est amorcée, mais rapidement, elle est jugée difficile en raison de cette masse indéterminée très adhérente dans la profondeur. Ouverture du cul-de-sac vaginal droit; en disséquant la tumeur dans la profondeur, celle-ci se crève et du pus est projeté avec violence à l'extérieur. Il est visible que la tumeur est développée dans le col de l'utérus gauche. L'hystérectomie est terminée de droite à gauche; la pièce enlevée montre

une cavité purulente développée dans la cavité cervicale gauche. Dans le fond de la plaie opératoire reste la partie inférieure adhérente de la coque cervicale, limitant l'abcès. L'éperon séparant le vagin de la cavité contenue dans cette coque est réséqué; le tout est tamponné, drainé par le vagin et péritonisé par dessus. Le Douglas est drainé par prudence par la plaie abdominale.

Suites opératoires normales. Guérison sans incidents.

La pièce opératoire montre la cavité de la pyométrie développée dans le cul-de-sac non perceptible à l'examen. Il manque la paroi inférieure du col restée en place en raison de ses adhérences très intenses avec le voisinage. Le col gauche était perméable.



CONCLUSIONS

I. — La pyométrie frappant l'utérus double se rattache à la rétention des règles ou des sécrétions utérines, due le plus souvent à une sténose plus ou moins complète du col, l'hématométrie constituant toujours ou presque toujours le premier stade de la complication.

II. — Les germes microbiens apportés par la circulation sanguine, par les lymphatiques, les microbes saprophytes du tractus génital apportés par la voie canaliculaire, déterminent la transformation purulente de cette hématométrie.

III. — La pyométrie s'accompagne de lésions profondes de l'utérus; les trompes, les ovaires, le petit bassin, le péritoine pelvien lui-même, peuvent subir le contre-coup de cette infection. Ce sont ces lésions qui commandent une thérapeutique active.

IV. — Deux types cliniques sont à retenir :

a) La pyométrie fermée, se traduisant par une tuméfaction utérine douloureuse, véritable abcès intra-utérin s'accompagnant d'accidents infectieux.

b) La pyométrie ouverte, ou fistulisée, se traduisant par des pertes purulentes, plus ou moins abondantes, mais toujours particulièrement fétides.

V. — La pyométrie de l'utérus double peut s'accompagner de complications graves, telles que : septicémie, perforations, avec possibilité de péritonite généralisée.

VI. — Le diagnostic se fera à l'aide des antécédents de la malade, surtout des antécédents menstruels, qui pourront mettre sur la voie d'une malformation; par le toucher va-

ginal, suivi du toucher rectal et de l'examen au spéculum et même, si cela est nécessaire, de l'hystérométrie.

VII. — Le traitement de cette complication sera l'hystérectomie abdominale totale qui permettra d'extirper sous le contrôle de la vue, des lésions inflammatoires souvent diffuses.

La ponction, la dilatation, le drainage et l'incision sont des moyens accessoires qui permettront de parer à des accidents, mais qui devront toujours préparer l'hystérectomie abdominale, celle-ci devant être pratiquée autant que possible dans les meilleures conditions de résistance du sujet.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

CHAVANNAZ.

VU :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 8 Février 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNING. — Ein Fall von Pyometra lateralis in Kongenital verschlossen Horn eines uterus bifidus. Thèse Strasbourg 1880.
- BÉRARD. — Hématométrie, hémato-colpos, hémato-salpinx avec infection ascendante. in-*Bulletin de la Société clinique de Lyon*, 1902-03.
- BLANCHARD. — Etude de l'utérus didelphe au point de vue clinique. Thèse Lyon, 1907-08.
- CHAVANNAZ. — Utérus bicorné, kyste de l'ovaire, vagin double. in-*Bulletin de la Société médico-chirurgicale*, 1910.
- CHRISTOPHER MARTIN. — Pyométra. in-*British Medical Journal*, 1896.
- CZERWENKA. — Utérus duplex mit carcinoma in der Linken Portio. in-*Monatschriften für Gebürts und Gynakologie*, Berlin, 1904.
- DOS SANTOS. — Considérations bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines. Thèse Paris, 1896-97.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*.
- FAGET. — Les atrésies utéro-vaginales. Thèse Paris, 1901-02.
- FOIRY. — Utérus double avec fibromes sous-péritonéaux et salpingite double. Hystérectomie, guérison. in-*Bulletin et Mémoires de la Société anatomique*, Paris, 1904.
- GOULLIoud. — Traitement des malformations utérines justiciables de la laparotomie. Thèse Lyon, 1911-12.
- HARDOUIN. — Un cas d'utérus double fibromateux. in-*Bulletin et Mémoires de la Société d'anatomie*, Paris, 1907.
- HERNU. — Contribution à l'étude des accidents dus aux gynatrésies congénitales. Thèse Lille, 1895-96.

- HERZ. — Ein Fall von Pyometra lateralis dextra, und Pyocolpos. in *Wiener Medicinischer Wochenschriften*, 1907-08.
- HOLST (Von). — Pyometra in der Kongenital verschlossene Hälfte eines Uterus duplex. in *Zentralblatt für Gynakologie*. Leipzig, 1907.
- KASANKY. — Les atrésies cicatricielles du col après l'accouchement. Thèse Paris, 1906.
- LOEWENHARDT. — Les complications génitales de l'appendicite chez la femme. Thèse Paris, 1903-04.
- LOMON. — La pyométrie dans le cancer utérin. Thèse Paris, 1906-07.
- MACCARY. — Contribution à l'étude des ruptures de pyosalpinx. Thèse Montpellier, 1913-14.
- MARTINAUD. — Les rétrécissements cervico-utérins. in *France Médicale*, 1879.
- MOIROUD. — De l'hermatométrie latérale, sans hémato-colpos ni hémato-salpinx dans les utérus doubles. Thèse Lyon, 1912-1913.
- MILLISH. — Physometra, hematometra, pyometra. in *American Journal of Obstetric*, New-York, 1908.
- MINTROP. — Ein Fall von Carcinoma, Myoma, und Pyometra in einem uterus bicornis unicollis. Thèse Strasbourg, 1912.
- PERCHEVAL. — Les manœuvres abortives chez les femmes non enceintes. Thèse Paris, 1903-04.
- POTHERAT. — Fibrome de l'utérus et pyométrie. in *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1903, page 975.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, tomes I et II.
- PURSELOW. — Notes of cases of Pyometra. in *Indian Medical revue et Birmingham Medical Revue*, 1901, pages 39-40.
- RHEINSTARDTER. — Primärer Pyocolpos und Pyometra bei einer 15 jährigen Kinde. in *Zentralblatt für Gynakologie*, 1890.
- SCHROEDER. — Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. III Auflage, 1877.

- THÉDENAT. — Les pyométries. in- *Gazette de Gynécologie*, 15 août 1909.
- Mlle VAN TUSSENBOECK. — Pyométrie développée dans la corne rudimentaire de l'utérus d'une vierge. in-*Zentralblatt für Gynakologie*, 1907.
- VERDIER. — De l'hématométrie dans le cancer de l'utérus et en particulier dans le cancer épithélial et le sarcome diffus. Thèse Paris, 1905-06.
- ZABLAUDOVOK. — Sur les rétentions utérines au cours du cancer de l'utérus. Thèse Paris, 1900-01.





Imprimerie

SAMIE FILS FRÈRES

8, Rue de Cursol, 8

BORDEAUX

Errata.

Page 12, ligne 14, au lieu de atrophie de la vessie, lire :
extrophie de la vessie.

- » 14, » 27, au lieu de museau de touche, lire : museau
de tanche.
- » 18, » 15, au lieu de fréquent, lire : fréquents.
- » 32, » 1, au lieu de ou dessous, lire : au-dessous.
- » 33, » 36, au lieu de pyosalphynx, lire : pyosalphinx.
- » 34, » 8, au lieu de présent, lire : présence.

